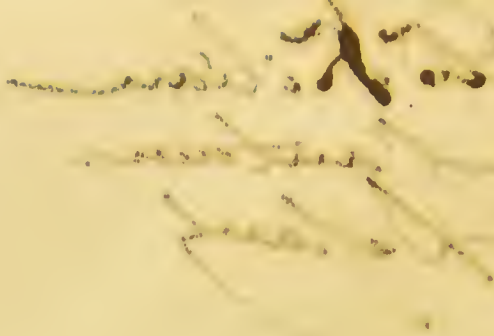
A Mr le Dr Kilian
hommage de l'auteur.
Depaul

DU TRAITEMENT

DES

DÉVIATIONS UTÉRINES



DU TRAITEMENT

DES

DÉVIATIONS UTÉRINES

PAR LES

PESSAIRES INTRA-UTÉRINS,

RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Par le Dr DEPAUL,

Membre de l'Académie impériale de médecine, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des Hôpitaux, etc., etc.

EXTRAIT DU MONITEUR DES HOPITAUX

PARIS

IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie,

Successeurs de Paul Renouard,

RUE GARANCIÈRE, 5, DERRIÈRE SAINT-SULPICE.

1854.

R32866

DU TRAITEMENT

DES

DÉVIATIONS UTÉRINES

PAR LES

PESSAIRES INTRA-UTÉRINS.

Messieurs, cinq années ne se sont pas encore écoulées depuis la mémorable discussion que souleva, dans cette enceinte, le Rapport de notre collègue, *M. Hervez de Chégoin,* sur un travail que M. le docteur *Baud* avait soumis au jugement de l'Académie, et déjà vous êtes appelés à vous prononcer encore sur un mode de traitement qu'on donne comme nouveau et qu'on s'efforce, depuis quelque temps, de substituer à la thérapeutique habituelle de certaines affections utérines.

Quoique la Note qui vous a été lue, il y a quelque temps, par M. le docteur *Broca,* soit relative *à un cas de mort survenue à la suite du cathétérisme utérin* employé comme redresseur, la commission que vous nommâtes alors, et qui est composée de *MM. Robert, Huguier* et moi, n'a pas cru qu'elle dût s'en tenir à cette partie restreinte de la question : elle a pensé, dès l'origine, que le traitement des déviations par les *divers redresseurs intra-utérins* devait être, de sa part, l'objet d'un examen complet. La nature et l'importance des communications qui vous ont été faites depuis, sur ce grave sujet, ne pouvaient que la confirmer dans cette résolution ; mais elle n'a voulu rien précipiter : elle a dû laisser à tous, aux partisans comme aux adversaires, le temps de faire connaître les faits favorables ou

contraires qu'une pratique qui compte déjà plusieurs années a permis de recueillir ; et vous savez que son attente n'a pas été vaine. Cependant, le moment lui paraît venu de répondre aux vœux qui lui sont exprimés de toutes parts, et de vous dire, en faisant passer sous vos yeux les nombreuses pièces de cet important procès, le jugement qu'elle porte sur cette nouvelle méthode thérapeutique.

Votre rapporteur, messieurs, ne s'est dissimulé aucune des difficultés du travail que vous lui avez confié, et, s'il n'a pas décliné l'honneur que vous lui avez fait, c'est qu'il a compté encore une fois sur votre bienveillance et qu'il a été soutenu par le témoignage que lui rend sa conscience, de n'avoir été dirigé que par le désir de connaître la vérité.

Toutefois, et j'éprouve le besoin de le dire dès le début, il me sera pénible de me trouver en désaccord avec certains hommes dont personne, plus que moi, n'apprécie le talent et la droiture de caractère. Je les crois, dans cette circonstance, dans une erreur complète : mon devoir est de le prouver, et je vais m'efforcer de le faire. J'espère connaître assez leurs principes, en matière de discussions scientifiques, pour être certain qu'ils ne se méprendront pas sur mes intentions. Ce qui me rassure, surtout à l'endroit de *M. Valleix,* qui a été mis plus particulièrement en cause devant vous, c'est la déclaration formelle par laquelle il a débuté dans le travail remarquable qu'il nous a lu récemment, et qui doit être considéré comme l'expression de son opinion définitive sur le traitement mécanique dont il s'est constitué le propagateur et le défenseur en France.

Pour moi, nous a-t-il dit, je mets toute préoccupation personnelle de côté, bien persuadé que nous ne voulons tous qu'une chose : connaître, d'une manière définitive, les avantages et les dangers du procédé, convenablement et prudemment employé ; être sûrs qu'il s'adresse à une affection qui demande un traitement particulier, et décider s'il y a d'autres moyens aussi efficaces. Puis il a ajouté qu'il était disposé à adopter un autre traitement, ou même à ne rien faire, si on lui démontre, par des faits convenablement observés et suffisamment nombreux, qu'on peut

agir mieux en faisant autre chose, ou même en ne faisant rien du tout.

J'accepte la déclaration de notre très-honorable confrère, et je vais essayer de démontrer :

1° Qu'on s'est trompé en attribuant aux déviations de l'utérus des accidents qui ont habituellement une tout autre origine ;

2° Qu'on n'a pas tenu un compte suffisant, dans la plupart des cas, d'un autre état pathologique beaucoup plus fréquent, qui peut exister seul, produire les mêmes phénomènes, qui peut aussi, et cela arrive souvent, entraîner l'utérus dans une direction vicieuse ;

3° Que la science possède déjà une thérapeutique simple et rationnelle qui donne tous les jours, entre les mains des praticiens expérimentés, les résultats les plus satisfaisants, qui n'ont rien à craindre de la comparaison qu'on peut en faire avec ceux qu'à tort, selon moi, on persiste à attribuer aux redresseurs intra-utérins ; qu'elle n'est pas désarmée non plus, soit pour les rares déplacements qui, existant seuls, entraînent cependant des incommodités auxquelles il faut remédier, soit pour ceux beaucoup plus communs qui, d'abord simple conséquence d'un autre état morbide, peuvent l'aggraver ou en retarder la guérison ;

4° Que les faits qui ont été produits, soumis à une critique sévère, mais impartiale, sont loin d'avoir la signification qu'on leur a donnée ; que presque tous, au contraire, témoignent de l'insuffisance de la nouvelle méthode ;

5° Que, malgré tout ce qu'on a pu dire, il faut enfin cesser de se faire illusion et de se demander si, en présence d'avantages aussi contestables, il n'est pas temps de prendre en sérieuse considération les faits déjà trop nombreux (quoique certainement tous ne soient pas connus) qui prouvent que les accidents les plus formidables et la mort même sont souvent la conséquence de manœuvres qui, de prime abord, répugnent d'ailleurs à la raison.

Afin d'être bien compris dans les développements que je vais donner à ces différentes propositions, il est indispensable que je vous fasse connaître les instruments sur lesquels est fondé le nouveau traitement des déviations utérines, et que je vous rappelle

aussi, après avoir cherché à établir quelle est la direction normale de la matrice, quels sont les divers déplacements qu'elle peut subir. Je serai sur ces points aussi bref que possible.

Instruments. — Les uns (les *sondes*) sont destinés surtout à l'exploration, et ont une importance incontestable pour le diagnostic de certaines affections de l'utérus. *Kiwisch* et *M. Simpson* ont eu tort de s'en disputer l'idée. Avant eux, *Récamier* avait introduit des instruments d'une forme spéciale jusqu'au fond de la cavité utérine, et s'en servait comme d'un moyen d'exploration, bien qu'il les utilisât aussi pour autre chose. Comme on le verra bientôt, *M. Amussat* pratiquait, dès 1827, le cathétérisme utérin, dans le but de préparer la face interne de l'organe au contact d'un autre instrument qui devait rester en permanence ; mais il faut bien le dire, personne n'a mieux compris que notre collègue, *M. Huguier*, tous les avantages qu'on pourrait retirer de la sonde pour le diagnostic des affections utérines, et en lui imprimant des modifications importantes au point d'en faire un instrument presque nouveau, il lui a donné le nom d'hystéromètre, sous lequel il est généralement connu en France.

La sonde de *Simpson*, que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, et qui est aussi celle de *Kiwisch*, est une tige métallique très-fortement courbée, se terminant par une petite extrémité arrondie et présentant une série de saillies et de dépressions que le doigt peut facilement sentir et dont il se sert comme de point de repère pour déterminer à quelle profondeur l'instrument a pénétré. Celle de *M. Huguier* se distingue par une courbure infiniment plus petite. Une échelle graduée est établie sur sa concavité, et elle est munie d'un curseur qu'on pousse à volonté, et qui sert à indiquer le degré de pénétration. Depuis, diverses modifications destinées à rendre l'instrument plus portatif ont été apportées par les fabricants, et tout récemment un élève de la Pitié, M. Bitterlin, vous en a soumis un de son invention ; mais au fond il est resté le même, et c'est, à peu de chose près, celui dont se sert *M. Valleix*. Seulement, il en a changé, ou du moins étendu la destination, puisque, ainsi que nous le verrons par la suite,

c'est avec lui qu'il opère aujourd'hui (presque exclusivement) le redressement de l'utérus. Aussi, je le dis par avance, les reproches que j'adresserai dans le cours de ce travail aux pessaires et aux redresseurs intra-utérins s'appliqueront-ils (en grande partie du moins), à la sonde utérine employée dans le but de replacer la matrice dans sa direction normale.

J'aurai occasion de revenir plus tard sur l'*hystéromètre ;* je ferai voir alors les avantages incontestables qu'il présente comme moyen de diagnostic. Mais je ne dissimulerai pas non plus que, tout en établissant entre lui et les redresseurs une grande différence, il n'est pas à l'abri de tout inconvénient et qu'il demande à être manié avec une grande réserve.

Je me contente de mentionner la *sonde à branches divergentes et élastiques,* de *Kiwisch,* qui peut être à la fois un instrument d'exploration et servir de redresseur par une de ses portions qu'on laisse à demeure dans la cavité utérine. Quoique très-vantée par son auteur, cette sonde a été vivement critiquée par le docteur *Mayer* (de Berlin), qui en a fait ressortir les inconvénients, et qui a proposé d'y remédier par des modifications qui n'en ont pas fait un instrument plus utile et surtout moins dangereux.

Au reste, il me parait très-probable que l'origine de la sonde utérine est beaucoup plus ancienne qu'on ne semble l'avoir cru jusqu'à ce jour, et je pense qu'il faut la rapporter à *Oziander,* qui se servait d'une espèce de stylet, soit pour dilater l'orifice utérin, soit même pour ramener l'utérus dans sa direction normale (*Vide Kilian, operionsliche fur Geburtshelfer*, 2e partie, p. 211.)

C'est un instrument semblable qu'employa plus tard le docteur *Mackintoch* (d'Édimbourg), et ce n'est que postérieurement qu'il a été modifié et mis en grande vogue par *M. Simpson.*

Des pessaires et redresseurs intrà-utérins. — On n'a pas encore fait remonter jusqu'à leur véritable auteur l'idée première de ces instruments, et lorsque, dans la discussion de 1849, *M. Velpeau* réclama la priorité pour son compte, je fus surpris

qu'une autre voix ne s'élevât pas dans cette enceinte pour la revendiquer. Serait-ce que notre collègue, *M. Amussat*, comme le savant professeur de la Faculté, n'ait pas eu beaucoup à se louer de son innovation? J'espère, en rétablissant cette partie historique de la question, l'engager à nous faire connaître les résultats de ses premières tentatives, et à nous dire les motifs pour lesquels il a cru devoir les abandonner depuis longues années déjà.

Voici comment elles ont été exposées, en 1828, dans la thèse de *M. Quetier*, qui a pour titre : *Quelques considérations sur la rétroversion de l'utérus* (Thèses de Paris, année 1828, n° 229) :

« *M. Amussat* a fait usage plusieurs fois d'un moyen qui lui a parfaitement réussi (dit l'auteur) : il consiste à introduire une petite tige droite en ivoire dans la cavité de l'utérus ; mais elle ne peut, dit-il, être portée qu'avec une très-grande prudence, et ne doit être mise en usage qu'après avoir émoussé la sensibilité utérine en introduisant préalablement une sonde en gomme élastique. Ce procédé a l'avantage d'empêcher que l'utérus ne puisse se recourber sur lui-même, comme cela a lieu dans l'emploi des pessaires ordinaires, qui retiennent élevé le col de la matrice, tandis que la masse intestinale appuyant sur son fond, tend à faire recourber cet organe. Avant d'accorder une confiance entière à cette méthode, il convient d'attendre qu'elle ait été sanctionnée par l'expérience; car on pourrait craindre qu'elle ne déterminât une inflammation aiguë de la cavité utérine. »

Puis il rapporte une première observation recueillie dans des Leçons orales de *M. Amussat*, faites en 1827. — En voici le résumé :

Une dame, âgée de 40 ans, éprouva, à la suite d'une chute de cheval, des accidents variés qui parurent se rattacher à un déplacement de l'utérus. Une exploration permit de constater l'existence d'une rétroversion complète, et de s'assurer en même temps que l'utérus était mobile et qu'on pouvait facilement le ramener à sa direction normale.

Notre collègue, après avoir employé inutilement plusieurs

instruments pour rétablir les parties dans leur état naturel, pensa que le meilleur moyen de redresser l'utérus et de le maintenir, serait d'introduire une tige droite dans la cavité de l'organe, pour pouvoir agir sur toute la longueur, de manière que le bas-fond fût porté en haut et en avant, et le col en bas et en arrière.

Il habitua d'abord l'utérus, pendant une quinzaine de jours, au contact des corps étrangers, en y introduisant des sondes de plus en plus grosses. Lorsque la sensibilité de l'organe eut été un peu émoussée, il introduisit une tige droite en ivoire, longue de 5 pouces, du diamètre de 2 lignes environ, et qui, par son extrémité, se vissait sur un pessaire en bilboquet. Cette tige étant placée dans l'utérus, il ramena en bas et en arrière le manche du pessaire qui fut fixé dans cette position au moyen de rubans. Pendant tout le temps que cette dame porta cet instrument, elle n'éprouva aucune douleur, même en marchant; mais aussitôt qu'il fut retiré, l'utérus revenant à sa position vicieuse, les symptômes ordinaires reparurent.

La malade ayant quitté Paris, ce moyen ne put être continué.

Ainsi, il ne peut rester aucun doute : c'est à *M. Amussat* qu'il faut faire remonter le traitement mécanique des déviations utérines, et, comme on va le voir, tout ce qu'on a fait depuis n'a consisté que dans le développement de son idée et dans le perfectionnement de son instrument.

Le pessaire imaginé et appliqué un petit nombre de fois par *M. Velpeau,* il y a quinze ou vingt ans, était destiné à soutenir l'utérus, en introduisant dans sa cavité une tige droite qui était supportée par un demi-disque en caoutchouc qu'on dirigeait soit en avant, soit en arrière, selon qu'on voulait remédier à une antéversion ou à une rétroversion.

Ce ne fut que beaucoup plus tard que parurent les redresseurs de *Kiwisch* et de *M. Simpson.* Ce dernier a donné une longue description de ses instruments dans un Mémoire publié dans *Dublin quaterly Journal for* 1848.

On y voit figurer :

1° Le *pessaire pubien,* qui se compose d'une branche interne et d'une branche externe : la première porte la tige intra-uté-

rine, qui part de la partie supérieure d'un disque ovalaire; la seconde est flexible et est destinée, après sa jonction avec l'autre, à prendre un point d'appui solide sur la partie antérieure et supérieure du bassin. C'est celui dont l'auteur se sert généralement dans les cas d'hyperthrophie ou de procidence légère, compliquant la rétro ou l'antéversion.

2° Le *pessaire à ressort avec tige articulée sur un disque ovale.* Il est principalement employé pour remédier aux déplacements qui coïncident avec un relâchement du vagin, et il a, comme on peut le voir, la plus grande analogie avec celui de *M. Velpeau,* avec cette différence, cependant, qu'il est muni d'un disque complet.

3° Le *pessaire à bulbe simple, surmonté d'une tige.* C'est celui qui sert pour les cas ordinaires non compliqués. La face du bulbe opposée à celle d'où se détache la tige utérine est percée d'un trou destiné à recevoir l'extrémité d'une espèce de mandrin qui fait office de manche, quand on veut faire pénétrer l'instrument, et qu'on retire dès qu'on y est parvenu.

4° Le *pessaire galvanique,* destiné à combattre l'aménorrhée. Il est, quant à la forme, semblable au précédent; mais il en diffère en ce que la moitié supérieure de la tige, qui doit entrer dans la matrice, est en zinc, tandis que le reste est en cuivre *M. Simpson* accorde à la réunion de ces deux métaux la propriété de rendre à l'utérus l'exercice de ses fonctions. Je sais même qu'il s'en est assez souvent servi dans des cas de développement incomplet de cet organe, et aussi pour remédier à l'hystérie; mais je crois pouvoir ajouter qu'il lui serait impossible de publier des faits concluants qui en prouvassent l'efficacité.

5° Les *pessaires dilatateurs, contre la dysménorrhée par obstruction, la stérilité,* etc. Ils sont, pour la forme et la composition, les mêmes que le pessaire ordinaire à bulbe et à tige; seulement, le volume des tiges varie depuis celui d'un stylet assez fin jusqu'à celui qui appartient aux sondes d'homme d'un calibre ordinaire. On se sert d'abord des tiges les plus petites, et on en augmente ensuite progressivement le volume. On laisse

généralement un de ces instruments dans la cavité utérine pendant trois ou quatre jours. Au bout de ce temps, l'orifice est tellement relâché qu'une tige d'un calibre beaucoup plus fort est facilement introduite. C'est surtout dans les cas où le tissu du col est induré, qu'au dire de *M. Simpson*, on se trouve bien de cette pratique (*Vide Monthley Journal of medical science for* 1844, p. 734).

Ces divers instruments sont métalliques dans toutes leurs parties. La tige intra-utérine a la même longueur dans tous (*six* centimètres). Le diamètre du disque qui la supporte varie depuis 6 centimètres jusqu'à 2 centimètres et demi seulement, de telle sorte que pour ces derniers, qui précisément ne sont pas assujettis par une branche externe, on comprendra difficilement comment ils pourraient être maintenus en place.

Au reste, toutes ces variétés ne paraissent pas avoir été accueillies avec la même faveur, et il en est quelques-unes dont *M. Valleix* lui-même n'a pas dit un mot dans ses nombreuses publications ; il ne s'est emparé que d'un seul, *le pessaire pubien*. C'est avec lui qu'il a débuté, et bien qu'il lui ait dû ses premiers succès, comme il le dit, il ne tarda pas à voir qu'il était d'un emploi difficile et qu'il avait besoin d'être modifié.

Rigby avait déjà substitué l'ivoire au métal dont se trouvait formée la tige intra-utérine. Il accepta ce changement. Puis, après de nombreuses tentatives, il s'arrêta au redresseur articulé avec disque en caoutchouc vulcanisé, qu'on insuffle après l'introduction de l'instrument, qu'il fixe avec une ceinture de ruban de fil.

Je n'en ferai pas la description, il me suffira de le montrer pour que le mécanisme en soit facilement compris. Ce qui le distingue du redresseur de M. Simpson, c'est la composition et le volume beaucoup moins considérable du disque, c'est surtout la mobilité de la tige utérine, qui rend son introduction plus facile, principalement dans les déplacements en avant. Malgré ces avantages, notre confrère pensa qu'on pouvait le modifier plus avantageusement encore, et c'est alors qu'il fit confectionner ce qu'il appelle le *redresseur à flexion graduelle*. Après lui,

M. Bonnafond et quelques autres s'occupèrent d'obvier à quelques inconvénients qui se présentaient dans son application et à la difficulté qu'on avait assez souvent à la maintenir en place.

Mais il faut bien en convenir : en y réfléchissant un peu, il est facile de reconnaître que jusqu'alors l'instrument n'avait subi aucune modification radicale, et en le réduisant à sa plus simple expression, on le trouve, avant comme après, essentiellement constitué par une tige longue de 6 centimètres qui, mesurant la cavité de l'utérus dans toute sa longueur, sert comme de tuteur à cet organe et le maintient, après l'y avoir ramené, dans une position déterminée.

La modification fondamentale, à mon sens, est celle qui est venue plus tard et qu'on doit, ceci mérite d'être noté, à M. Valleix lui-même : je veux parler du raccourcissement successif de cette tige intra-utérine qui, ayant d'abord eu au moins 6 centimètres de long, n'en a plus maintenant que 3 environ, de telle sorte qu'elle ne peut plus exercer son action que sur une portion très-limitée de la matrice. Je me contente, pour le moment, de constater le fait, on verra plus tard que c'est un des arguments sérieux qui prouvent l'*inutilité* de la méthode.

Il serait superflu que j'indiquasse la manière d'introduire le redresseur : la connaissance des organes dans lesquels on le place, la forme de l'instrument, laissent facilement deviner en quoi doit consister la manœuvre ; mais je dois dire que M. Valleix a beaucoup insisté pour qu'on prît certaines précautions.

Ainsi, il veut que l'utérus soit habitué au contact de l'instrument par un certain nombre de cathétérismes ; il veut que quatre ou cinq jours se soient écoulés depuis la cessation des règles, et qu'on ait au moins devant soi sept ou huit jours avant leur prochaine apparition.

Considérations générales sur la direction normale de l'utérus dans l'état de vacuité. — Comme plusieurs des organes renfermés dans la cavité abdominale, l'utérus possède une grande mobilité qui lui était indispensable pour l'accomplissement de l'une des fonctions qui lui sont dévolues. Placé d'ailleurs

entre la vessie et le rectum, dont le volume est sujet à des variations incessantes, il devait pouvoir céder sans effort et se porter à chaque instant soit en en avant, soit en arrière. Surmonté et entouré par de nombreuses circonvolutions intestinales, dont la pression augmente ou diminue sous l'influence de causes diverses, solidement attaché par sa partie inférieure à des organes qui ont eux-mêmes des rapports intimes avec le plancher du bassin, dont la résistance est si variable, souvent soulevé dans l'acte de la copulation, etc., on comprend combien sont nombreuses les causes qui peuvent en changer la direction dans les conditions si variées de la vie. Aussi, ai-je eu de la peine à m'expliquer l'étonnement qu'ont soulevé les paroles de *M. Cruveilhier*, quand il a dit que l'*utérus n'avait pas d'axe;* cela m'a prouvé qu'on n'en avait pas compris la véritable signification ; il n'a certainement pas voulu prétendre que l'utérus n'avait pas un axe à lui propre, ce qui n'aurait pas de sens; c'était dans sa pensée une manière de faire comprendre combien de causes passagères et accidentelles pouvaient en changer la direction *relativement au bassin,* et sans doute aussi de faire voir, qu'avant de considérer comme état pathologique telle ou telle direction, il fallait s'être bien assuré qu'il n'existait pas une autre disposition morbide.

Ainsi interprétée, l'opinion de notre savant collègue me paraît parfaitement fondée. Il n'en est pas moins vrai que les différentes forces qui peuvent agir sur l'utérus sont combinées en général de façon à le maintenir dans l'excavation, dans la direction de l'axe du détroit abdominal, c'est-à-dire un peu obliquement de haut en bas, et d'avant en arrière (en supposant la femme assise ou debout).

A cette proposition, qui avait été acceptée sans contestation jusque dans ces derniers temps, on a voulu récemment en substituer une autre qui consiste à admettre que l'utérus a deux axes, l'un pour le corps, qui serait à peu près horizontal, et l'autre pour le col, qui serait oblique dans la direction déjà indiquée. De telle sorte que l'antéflexion devrait être considérée comme une conformation primordiale qui persisterait jusqu'à ce qu'une grossesse actuelle ou passée l'eût fait disparaître.

J'ai déjà eu occasion de m'occuper ailleurs de cette question, et je crois avoir démontré que *MM. Boullard* et *Verneuil avaient pris une disposition accidentelle et purement cadavérique pour une loi d'anatomie normale.* Les nombreuses recherches que j'ai faites sur le cadavre et dont j'ai déjà publié une partie, m'ont prouvé que l'expansion intestinale agissait avec beaucoup plus de force lorsque, après la cessation de la vie, les organes n'obéissaient plus qu'aux lois de la matière. J'ai fait voir que les empreintes profondes laissées sur l'utérus par les circonvolutions de l'intestin, que l'abaissement presque constant de cet organe, que son refoulement soit en avant, soit en arrière, aussi bien que ses diverses flexions, étaient ordinairement un effet purement cadavérique. Je puis ajouter aujourd'hui qu'ayant examiné l'utérus *de trois femmes* qui étaient vouées à une mort prochaine, et qu'ayant très-positivement constaté chez elles la direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière, j'ai pu, au moment de l'autopsie, faite vingt-quatre ou trente-six heures après la mort, m'assurer que la matrice avait pris une direction toute différente, puisque dans un cas elle était antéfléchie, quoique la femme eût eu des enfants, et dans les deux autres, il y avait une rétroversion complète.

J'ai naturellement conclu des investigations auxquelles je me suis livré, que, pour avoir des notions positives sur la direction de l'utérus, il fallait l'étudier sur la femme vivante, que la position qu'affectait cet organe au moment de l'autopsie pouvait, dans beaucoup de cas, être toute différente de celle qui avait existé pendant la vie.

J'ai fait connaître aussi le résultat de l'examen attentif que j'ai fait sur 50 femmes qui n'avaient jamais été mères, et dont l'âge variait entre 17 et 30 ans. J'ai trouvé dans 32 cas, que l'axe de l'utérus était droit, qu'il avait à peu près la direction de celui du détroit abdominal. 7 fois il était simplement incliné en avant, et par conséquent dans un degré variable d'antéversion ; dans 4 cas, il était incliné en arrière, c'est-à-dire en rétroversion. Dans 3 cas, il était manifestement antéfléchi, et dans 4, en rétroflexion.

Des résultats aussi manifestement contraires à ceux annoncés par *MM. Boullard* et *Verneuil* devaient faire naître de nouvelles expériences. Huit jours après la publication de mon travail, mon excellent ami, *M. Gosselin,* lisait une note à la Société de chirurgie, dans laquelle il est dit que sur 48 femmes qui n'avaient jamais eu de grossesse, et qu'il a examinées dans le but d'éclairer la même question que moi, il en a trouvé 18 dont l'axe utérin était droit et normalement dirigé. Sur 16, il a constaté une antéflexion assez marquée pour que le doigt pût sentir 1 ou 2 centimètres de la portion sus-vaginale antérieure de l'utérus. Sur 11, il a noté que la flexion était si peu prononcée, que le doigt ne sentait que quelques millimètres de la face antérieure du corps. Dans 3 cas, il est resté dans l'incertitude.

De ces faits, il a naturellement conclu que l'antéflexion était plus commune qu'on ne le pensait généralement, mais qu'ils ne confirmaient pas la loi presque générale que M. Boulard avait voulu établir dans ces derniers temps. Je note en passant un point sur lequel j'aurai à revenir plus tard, c'est qu'aucune des femmes qui ont servi aux recherches de notre confrère ne souffrait de l'utérus, malgré que plusieurs eussent des déviations assez marquées. Enfin, quoique ce point d'anatomie normale me paraisse définitivement jugé, on pourra consulter avec fruit le résumé statistique suivant, qui a été communiqué récemment à la Société anatomique, par *M. Gallard,* ancien interne de *M. Valleix :*

« Dans les Leçons cliniques faites en 1852 par M. Valleix :

11 cas d'antéflexion sont signalés ;
7 appartiennent à des femmes ayant été enceintes une ou plusieurs fois ;
4 seulement n'avaient pas eu de grossesse.

Sur 17 nouveaux cas observés postérieurement par M. Gallard :
6 ont eu un ou plusieurs enfants ;
4 n'ont pas eu de grossesse ;
7 n'ont pas été interrogées à ce sujet.

Sur 9 cas d'antéflexion observés en 1852 et 1853 dans le service de M. Huguier :

8 femmes avaient eu un ou plusieurs enfants ;

1 seule n'avait jamais été grosse.

Sur 2 cas d'antéflexion observés en 1854 dans le service de M. Huguier :

1 femme avait eu deux enfants ;

1 en avait eu un.

En résumé :

Sur 39 cas d'antéflexion :

23 appartiennent à des femmes ayant eu un ou plusieurs enfants ;

9 seulement à des femmes qui n'en avaient pas eu ;

7 fois on a omis de prendre des renseignements à cet égard. »

Ainsi réduite à sa juste valeur, l'assertion de nos confrères n'en conservera pas moins le mérite d'avoir de nouveau appelé l'attention, d'une manière toute spéciale, sur cette particularité de la description de la matrice. L'opinion déjà ancienne de *M. Velpeau*, sur la fréquence assez grande des flexions utérines, trouvera aussi, dans ce qui précède, une éclatante confirmation ; mais, indépendamment des causes déjà signalées et qui, existant chez toutes les femmes, peuvent pousser l'utérus dans des directions si diverses, il ne faut pas oublier que lui-même peut se trouver dans des conditions de structure qui en favorisent singulièrement l'action. Ainsi, par exemple, l'épaisseur des parois n'est pas toujours la même ; chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, elle est habituellement moins considérable que chez les autres ; des différences notables existent, sous ce rapport, dans ses différents points ; la consistance du tissu présente aussi des variétés qui ne sont pas sans importance ; le poids lui-même, qui peut tenir à une augmentation de volume portant sur la totalité ou sur une portion de l'organe, doit être pris en considération, quoiqu'on ait dit le contraire. Ajoutons à

tout cela l'influence exercée par les tumeurs développées dans ses parois ou à l'entour d'elles, l'action de certaines adhérences, et nous comprendrons sans peine que peu d'organes soient aussi favorablement placés pour subir à chaque instant des modifications dans leur situation ; mais, parmi ces modifications, les unes sont passagères, les autres deviennent permanentes. Un mot, maintenant, pour rappeler les différentes variétés qui peuvent se présenter.

J'ai déjà dit que l'axe normal de l'utérus était représenté par une ligne droite qui passerait au centre du bassin, et qui aurait à peu près la direction de l'axe du détroit supérieur.

Mais il peut arriver que cet axe normal continuant à rester droit, s'incline soit en avant, soit en arrière, soit à gauche, soit à droite, chaque extrémité se portant en sens inverse l'une de l'autre ; c'est ce qui constitue l'*inclinaison* ou la *version utérine* des auteurs ; de là, quatre variétés désignées sous les noms d'*anté,* de *rétro* ou de *latéro-versions.*

Dans d'autres cas, au contraire, au lieu de s'incliner et de basculer comme je viens de l'indiquer, il peut avoir été repoussé en masse, conservant, ou à peu près, sa direction normale ; c'est ce que je désignerai sous les noms de refoulement en avant, en arrière ou sur les côtés.

Dans toutes ces variétés, l'une ou l'autre des inclinaisons peut se combiner à des degrés divers avec chacun des déplacements en masse, d'où résultent des nuances nombreuses qu'une habitude suffisante et un examen attentif permettent de constater.

Un autre ordre de déplacements qui a été méconnu pendant longtemps, mais dont on s'est beaucoup occupé pendant ces dernières années, consiste dans une *véritable flexion* de l'utérus sur lui-même, et alors, tantôt et le plus souvent, c'est la partie supérieure de l'axe qui s'*infléchit* sur la partie inférieure, et la *coudure* peut avoir lieu soit en avant soit en arrière, et même, mais ces cas sont beaucoup plus rares, sur les régions latérales. Ce sont ces dispositions spéciales qui ont été désignées plus particulièrement sous les noms d'*antéflexion*, de *rétroflexion* et de *latéro-flexions.*

Dans d'autres circonstances plus exceptionnelles, c'est la partie inférieure de l'axe, au contraire, qui se présente infléchie sur la partie supérieure : de là d'autres variétés qui constituent de *véritables flexions du col sur le corps,* et qui peuvent avoir lieu soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés.

D'autres dispositions peuvent encore être observées ; c'est ainsi que l'axe peut être courbé sur une partie de son étendue, de manière à ce que ses deux extrémités, dirigées soit en avant, soit en arrière, tendent à se rapprocher (l'utérus offrant alors une convexité plus ou moins saillante dirigée dans un sens et une concavité correspondante tournée en sens contraire). La forme de l'utérus peut être modifiée d'une façon plus singulière encore : elle peut ressembler à *une S italique,* c'est-à-dire que tandis que l'une des extrémités de son axe est *infléchie* en avant, par exemple, l'autre est *infléchie* en arrière.

Une autre disposition qui s'observe souvent seule et qu'on peut trouver aussi combinée avec celles précédemment indiquées consiste dans un *abaissement* plus ou moins marqué de l'organe dans l'excavation pelvienne. Habituellement c'est l'extrémité inférieure de l'axe utérin qui se rapproche de l'orifice vulvaire, et qui peut même le franchir. Beaucoup plus rarement, c'est sa partie moyenne, comme dans les cas où il est *transversalement* placé, et dans des cas plus exceptionnels encore, il n'est pas impossible que ce soit son extrémité supérieure, le fond de la matrice représentant alors le point le plus déclive.

En France, les partisans du traitement mécanique ont complétement mis de côté cet élément de la question, et il est vraiment singulier que, dans les écrits de *M. Valleix*, il soit à peine fait mention de l'abaissement de l'utérus, et qu'il n'en soit tenu aucun compte, soit au point de vue de la symptomatologie, soit au point de vue de la thérapeutique. Dans sa préoccupation constante, il n'a vu que les déviations, auxquelles il a tout rapporté et contre lesquelles il a dirigé tous ses efforts.

Je viens de dire quelle était la direction de l'utérus qu'il fallait prendre pour type, et considérer comme l'état normal; mais si les divers déplacements dont j'ai parlé, devaient, avec toutes

leurs nuances, être pris pour de véritables états pathologiques, je ne crains pas de le dire, beaucoup plus de la moitié des femmes devraient être regardées comme malades et traitées en conséquence. Heureusement, il n'en est rien, et je me hâte de reconnaître que personne ne l'a prétendu. Mais, si on n'a pas été aussi exclusif, on a, depuis qu'on s'occupe des redresseurs surtout, singulièrement exagéré l'influence des déviations sur la santé des femmes, et, si je ne m'abuse, on leur a attribué *beaucoup trop souvent* des accidents qui avaient leur point de départ dans un autre état pathologique. C'est ce que je vais essayer de prouver maintenant.

La solution de cette importante question ne me paraît pas aussi difficile que l'ont prétendu quelques médecins. Pour la donner juste, il faut, dans les investigations auxquelles on se livre, être d'une rigueur extrême et apporter dans l'interprétation des symptômes cet esprit philosophique qui sera, je n'en doute pas, une des gloires de notre époque. Pourquoi donc procéder, quand il s'agit de l'utérus, autrement qu'on le fait pour les autres organes? Pourquoi persister à le placer sans cesse en dehors des lois générales qui régissent la pathologie et qui doivent présider à une saine thérapeutique? Que dirait-on d'un pathologiste qui, voulant tracer la symptomatologie d'une affection, de la pneumonie par exemple, choisirait un cas compliqué de pleurésie ou de toute autre maladie, et qui, ne tenant aucun compte de la complication, rapporterait tout à l'inflammation du tissu pulmonaire? C'est cependant de la sorte ou à peu près qu'on procède tous les jours à l'égard de l'utérus, et, à mon grand étonnement, c'est à *M. Valleix* lui-même que je puis adresser un semblable reproche. J'ai analysé avec le plus grand soin les vingt observations qu'il a rapportées dans ses leçons cliniques (et il est probable qu'il n'y a pas placé celles qui lui ont paru les moins concluantes). Eh bien, voici ce qu'on y trouve au point de vue des symptômes :

Six sont relatives à l'antéversion. Dans la première, quoique le déplacement fût complet, il y est dit que la marche était facile et les courses, même longues, possibles ; qu'il n'y avait pas de

pesanteur ni de dérangement dans l'émission des urines ou des garde-robes ; que l'*utérus* était lourd.

Dans la seconde, la malade éprouvait de la faiblesse dans les membres ; de la pesanteur, des tiraillements au bassin, aux lombes et aux aines ; les digestions étaient difficiles, la marche douloureuse ; mais la miction et la défécation se faisaient facilement.

La troisième manque de détails sur l'état du col ; mais il y avait *de la leucorrhée, des douleurs* et de la constipation. Dans un moment, on signale que l'utérus a été redressé, *mais que, cependant, les accidents durent encore quelque temps.*

Dans les quatrième, cinquième et sixième, l'antéversion était loin d'être exempte de complications, puisque dans la première *le col était volumineux, granuleux, et l'utérus tout entier hypertrophié, car la sonde pénétrait à 7 centimètres* 1/2 ; que, dans la deuxième, *l'utérus était également volumineux;* qu'il *existait, sur la lèvre antérieure, rouge et tuméfiée, un point blanc* qu'on traita par des cautérisations, et que, dans la dernière, où des fluenrs blanches existaient avec douleurs aux aines et aux reins, des tiraillements, des besoins fréquents d'uriner, de la constipation, *l'utérus y est noté lourd, augmenté de volume* (*la sonde pénétrant à 7 centimètres* 1/2); *le col, volumineux aussi, avec une large ulcération qui se prolongeait jusque dans la cavité de l'organe.*

Il y a *cinq* observations concernant *l'antéflexion*, avec des variétés diverses :

Dans le premier fait, où l'on indique que la marche était pénible, le coït douloureux, qu'il y avait des douleurs aux lombes et au périnée, et des métrorrhagies fréquentes, on a noté que le *col était pointu et volumineux.*

La deuxième est un exemple d'*antéflexion considérable, constatée seulement à l'autopsie, et alors que rien, pendant la vie, ne paraît en avoir fait soupçonner l'existence.* Dans la troisième, l'utérus *était lourd et peu mobile: la sonde pénétrait à 7 centimètres;* comme symptômes : douleurs de ventre, constipation rebelle. Il en était de même dans la quatrième, puis-

que la sonde pénétrait aussi à 7 centimètres. Ici, c'étaient les phénomènes nerveux qui prédominaient.

La cinquième appartient à une femme atteinte de lypémanie qu'on attribue à la déviation. Les autres symptômes manquaient probablement, car on n'en indique aucun.

Les trois exemples de *rétroversion* (12e, 13e et 14e *obs.*) parlent dans le même sens que les précédents. Pour la première, il est indiqué qu'il y avait une leucorrhée *très-abondante, des pertes, des douleurs vives et lancinantes au sacrum, à l'hypogastre, aux aines; de la constipation, des besoins fréquents d'uriner. Le coït était douloureux.* On dit bien qu'il n'y avait pas d'ulcération, mais on ne parle pas du volume de l'organe ni de sa mesure par la sonde. Dans la seconde, on a noté un *engorgement de l'utérus; le col était volumineux; une ulcération rouge, granuleuse, existait sur la lèvre antérieure.* Les accidents notés sont : constipation, douleurs aux aines et aux lombes ; sensation de poids, leucorrhée habituelle. Il y avait aussi une fissure à l'anus.

La troisième était compliquée d'un *engorgement notable de la matrice.* La malade éprouvait de la fatigue en marchant ; elle avait de la douleur au sacrum, à l'abdomen, aux membres inférieurs, de la constipation, de la pâleur.

Le n° 14 *bis* est un exemple de rétroflexion du corps et du col ; mais il n'est pas dit que la *malade éprouvât quelque accident tenant à ce déplacement.* Il n'est pas indiqué, d'ailleurs, quel était le volume de l'utérus et si son tissu était sain.

Dans le n° 15, qui est aussi un cas de rétroflexion, on a noté des hémorrhagies, une leucorrhée très-abondante, des douleurs aux reins, la marche était presque impossible.

Dans le n° 16, il s'agit d'une tumeur *inflammatoire de la partie postérieure du corps de l'utérus avec très-légère déviation du col.* Les symptômes sont les mêmes : marche pénible, constipation, douleurs aux lombes, aux cuisses.

Enfin, dans les trois derniers faits, où les symptômes indiqués sont toujours à peu près identiques, deux fois on ne donne aucun détail sur l'état du col. Dans l'un d'eux, il est dit que la cavité de

l'organe *avait 7 centimètres de long; dans l'autre, c'était une nourrice épuisée par l'allaitement;* dans le troisième, outre la *rétroflexion, il y avait un col volumineux, ouvert, une matrice volumineuse aussi, puisque la sonde pénétrait à 7 centimètres et demi.*

De tous ces faits, je suis rigoureusement autorisé à conclure, qu'exclusivement dominé par l'idée de la déviation, leur auteur a fait jouer au déplacement un rôle beaucoup trop exclusif dans l'explication des symptômes, car en effet, on y voit, ou bien des cas de déviation qui ne produisent aucun des accidents ou incommodités que *M. Valleix* regarde comme l'expression presque constante de ce genre de lésion; ou bien la preuve que le développement partiel de l'utérus existant seul ou à peu près, et dû à un état simplement inflammatoire, a suffi pour les produire; ou bien encore, et cela est presque constant, des observations démontrant sans cesse, qu'avec le déplacement utérin quelquefois insignifiant, existaient d'autres lésions beaucoup plus sérieuses, à côté desquelles on passe avec une facilité vraiment surprenante, sans même se demander quelle part elles pouvaient prendre dans la production des phénomènes symptomatiques. Il me semble cependant qu'un utérus qui est lourd et volumineux, dont le col, qui est également hypertrophié, présente des granulations et de larges ulcérations se prolongeant quelquefois dans la cavité, qu'un utérus qui est douloureux à la pression et de la cavité duquel partent des écoulements abondants, doit être considéré comme atteint d'une affection qui mérite d'être prise en grande considération.

C'est avec le même esprit d'exclusion et par conséquent avec la même idée préconçue, qu'ont été recueillies les cinq observations de *M. Gaussail*, souvent citées par *M. Valleix,* et dans lesquelles il a cru avoir trouvé une confirmation éclatante des siennes. L'Académie m'ayant chargé de les examiner, je ne puis m'empêcher de les lui faire connaître. Voici sur le point que j'examine en ce moment les détails vraiment curieux qu'on y trouve :

Dans la première, avec une *rétroflexion, existait un*

abaissement considérable de l'utérus, dont le col était volumineux, dur, un peu douloureux au toucher, et présentait quelques saillies au pourtour de l'orifice. Le corps de l'organe lui-même était volumineux, dur et un peu douloureux.

Dans la seconde, avec une *antéversion incomplète,* il y avait *un engorgement du col et du corps de la matrice. Le premier est volumineux, abaissé, très-sensible à la pression, rouge, inégal.*

Dans la troisième, on signale avec une *inflexion du col en arrière,* de la *tuméfaction* et de la *sensibilité*, et de plus *trois ulcérations irrégulièrement arrondies*, *profondes et reposant sur un fond rouge et grenu.*

Dans la quatrième, *c'est une antéversion complète avec un grand relâchement des parois du vagin.* On ne dit pas que l'utérus ait été examiné avec le spéculum.

Enfin dans la cinquième, que M. Gaussail donne comme un exemple d'*antéversion avec flexion du col en arrière*, ce confrère ne dit pas non plus que l'utérus ait été examiné au spéculum ; mais quelque temps avant lui, un autre médecin l'avait fait et avait trouvé un *engorgement utérin et une ulcération du col.*

Quant aux accidents éprouvés par les femmes, ce sont toujours à peu près les mêmes, marche plus ou moins pénible, douleurs aux reins, aux aines, pertes blanches et sanguines, constipation, miction difficile, trouble des fonctions digestives, etc.

En présence de faits aussi complexes, il semblait tout naturel de se demander quelle part, dans les accidents produits, revenait aux déplacements, quelle était celle qu'il fallait attribuer aux autres altérations. Nos deux confrères ne paraissent pas beaucoup se préoccuper de ce point, qui, pour eux, semble jugé dans le sens que voici : aux déviations doivent être rapportés tous ou presque tous les symptômes. Les autres altérations, ils les placent sur un plan tout à fait secondaire, si même ils ne les oublient complétement.

J'en puis dire autant des observations de *M. Piachaud,* qui, ancien élève de *M. Valleix*, a tout naturellement suivi la voie

tracée, et qui, après avoir fait une thèse où il préconise le traitement mécanique, a adressé trois nouvelles observations à la Société de chirurgie, qui ne sont pas plus concluantes que les précédentes. Il déclare, au reste, qu'il a été témoin d'hémorrhagies graves, et il sait que, dans deux cas, il y a eu perforation de l'utérus.

Pour avoir quelque chose de positif sur cette question fondamentale, il faut rechercher : 1° si, parmi les femmes qui se portent bien, qui peuvent vaquer à toutes leurs occupations et qui n'éprouvent aucun des symptômes qu'on veut forcément rapporter aux déviations, il n'y en a pas un certain nombre dont la matrice est plus ou moins déviée ; 2° si, chez celles qui ont simultanément une autre affection et un déplacement, il ne suffit pas, le plus habituellement, de guérir la première pour voir disparaître le second, ou du moins les accidents qu'on était tenté de lui imputer ; 3° si des affections utérines, sans qu'il existe aucun déplacement appréciable, ne produisent pas souvent tout le cortége des symptômes précédemment indiqués, sans compter aussi la part large, je ne crains pas de le dire, qu'il faut faire aux erreurs de diagnostic.

Sur le premier point, messieurs, vous connaissez déjà l'opinion d'un des hommes les plus compétents en pareille matière. M. le professeur *P. Dubois* vous disait, dans la discussion de 1849, qu'en mettant de côté les troubles que les *flexions en particulier* produisent souvent dans la menstruation, il considérait ces dernières comme des anomalies *toujours inoffensives.* Quant aux autres déviations, *abaissement, antéflexion* et *rétroversion,* il leur prêtait une innocuité complète toutes les fois qu'elles n'étaient pas exagérées. Enfin, il vous a dit que, contrairement à l'opinion de quelques-uns de nos collègues, il pensait, avec *Lisfranc,* que ces déviations n'avaient d'autre influence fâcheuse que celle qu'elles tiennent de quelques complications pathologiques et en particulier d'un état inflammatoire chronique. Cette opinion est encore partagée par d'autres médecins très-expérimentés en pareille matière, et je sais qu'elle a,

parmi vous, de nombreux partisans. Cependant, une manière de voir un peu opposée s'est produite à différentes époques, même dans cette enceinte, et comme elle sera sans doute défendue par quelques-uns de nos collègues, il est de mon devoir d'apporter de nouvelles preuves pour vous expliquer pourquoi je ne saurais la partager, et à cet égard, je le déclare, ma conviction est complète.

Sur les 27 cas d'*antéflexion* à des degrés divers, mentionnés par *M. Gosselin,* dans la Note récemment lue par lui à la Société de chirurgie (22 mars 1854), et dont je vous ai déjà parlé, aucune des femmes ne souffrait de l'utérus. Puis il a ajouté que, sur ce point, ses études (on sait qu'elles ont été nombreuses et consciencieuses comme tout ce que fait ce savant confrère) lui permettent d'avancer que l'on a exagéré à notre époque l'importance des déviations utérines. *Il a vu, à l'hôpital de Lourcine, un bon nombre de femmes qui avaient des abaissements, des rétroflexions, des antéversions, des rétroversions, et qui ne souffraient pas de l'utérus.*

Il en a observé un bon nombre d'autres qui avaient des douleurs utérines, et chez lesquelles, ne constatant aucune déviation, il était autorisé à attribuer les douleurs soit à une phlegmasie, soit à une névralgie.

Enfin, chez celles qui avaient en même temps des douleurs et une déviation, il a vu souvent les douleurs cesser après l'emploi du repos, des antiphlogistiques, des narcotiques, quoique la déviation persistât.

Dans des recherches que je poursuis depuis plusieurs mois et que j'ai pu beaucoup multiplier soit dans ma pratique, soit dans les hôpitaux, soit dans le service du Bureau central, j'ai déjà rencontré 27 cas de déviations diverses de l'utérus, *sans aucune autre lésion appréciable de l'organe.* Sur 10 de ces femmes qui avaient une rétroversion, une seule se plaignait de quelques besoins plus fréquents d'uriner que d'habitude, et d'un petit sentiment de pesanteur dans la région pubienne, quand elle avait fait des courses un peu longues ou qu'elle s'était beaucoup fatiguée; les autres n'éprouvaient aucun phénomène qui pût

être rapporté à une affection quelconque de la matrice. Il en était de même de 5 qui avaient une *antéflexion*, de 4 qui avaient une *rétroflexion*, et de 5 qui avaient une *rétroversion*. Sur 3 qui présentaient un *abaissement*, une, chez laquelle le col était assez descendu pour appuyer contre le périnée, accusait quelques douleurs à la face interne et supérieure des cuisses et un sentiment de pesanteur dans le bassin, quand elle faisait un travail fatiguant.

Sur le second point, je fais encore appel à l'expérience de tous. Chacun de vous, en fouillant un peu dans ses souvenirs, ne pourrait-il pas apporter ici de nombreuses observations dans lesquelles on verrait que dans les cas de phlegmasies variées de l'utérus, que dans des cas de névralgies, compliquées de déviations, il suffisait de combattre et de détruire l'élément inflammatoire ou névralgique, pour voir souvent disparaître le déplacement sans qu'on eût dirigé contre lui aucun traitement spécial, ou pour constater que ce déplacement, quand il persistait, n'exerçait habituellement aucune influence fâcheuse sur la santé des femmes? Vous n'avez pas oublié ce que je viens de vous dire du résultat des recherches cliniques de *M. Gosselin*, résultat qui est entièrement favorable à cette opinion.

Quant à moi, je vis depuis plusieurs années dans une conviction profonde à cet égard, et chaque jour, à mesure que l'âge grandit mon expérience, je la sens s'affermir de plus en plus. Comment en serait-il autrement, lorsque, consultant les notes que j'ai prises depuis quelques années sur ce sujet, j'y trouve que sur plus de 60 maladies variées de l'utérus (phlegmasies partielles ou générales du tissu propre, catarrhes, granulations, ulcérations diverses du col, névralgies, etc.), compliquées de l'une ou l'autre des déviations dont j'ai parlé, c'est à peine si je puis compter trois cas où des accidents de quelque importance aient persisté, lorsqu'après un traitement qui a rarement dépassé deux ou trois mois, j'ai fait disparaître les lésions qui me paraissaient fondamentales. Bon nombre de fois aussi après leur guérison, j'ai pu m'assurer que les déviations notées au début avaient disparu, et

lorsque, dans des cas assez nombreux, j'ai eu à constater qu'elles persistaient, je me suis bien gardé de tourmenter l'utérus, sous le futile prétexte de le ramener dans sa position normale. Et qu'importe, en effet, que cet organe soit plus ou moins dévié, plus ou moins fléchi, si cette difformité n'a aucune influence fâcheuse sur la santé des femmes ?

Je crois inutile de m'étendre longuement sur le *troisième point*. La démonstration se trouve dans les faits que chacun de nous est appelé à constater chaque jour. De quoi se plaignent, en effet, les femmes qui ont une phlegmasie chronique d'une portion ou de la totalité de l'utérus (ulcérations, granulations, catarrhe, etc.) ; de douleurs dans le bassin, aux aines, à la face interne des cuisses, dans la région du sacrum, d'irrégularités dans la menstruation, d'écoulements blanchâtres, puriformes, glaireux, de fatigues insolites dans la marche, de ballonnement du ventre, de troubles divers dans les fonctions digestives, d'amaigrissement, de dépérissement général, de phénomènes nerveux plus ou moins extraordinaires, de constipation, de besoins plus fréquents d'uriner, de douleurs dans l'accomplissement de cette fonction, etc. ? Qui ne voit, dans ce tableau, la répétition de celui qui se trouve tracé dans les observations de *M. Valleix,* avec cette différence qu'il fait remonter la cause presque exclusive des phénomènes morbides aux déviations, tandis que moi, j'en trouve le point de départ presque constant dans une autre lésion ? Qui de nous est dans le vrai ? Après tout ce qui précède, et confiant dans l'expérience de chacun de vous, je suis tranquille sur la décision du plus grand nombre.

Relativement à l'influence des déviations sur la stérilité des femmes, je pourrais, après avoir entendu notre confrère nous dire que *jamais, sur cette considération seule,* il ne s'était déterminé à tenter le redressement, laisser cette question de côté, car je trouve sa réserve, à cet égard, parfaitement raisonnable ; mais, dans le monde médical, et surtout dans une autre sphère, on lui prête d'autres convictions et une pratique moins réservée. D'ailleurs, *M. Simpson* professe une opinion contraire. Vous savez même qu'il a, pour combattre la stérilité,

des instruments spéciaux. Je vous ai fait connaître, au commencement de ce travail, *ses pessaires dilatateurs*. Il importe donc que je m'explique, au moins rapidement, sur ce sujet.

D'un autre côté, quoiqu'il ait rejeté l'usage du pessaire intra-utérin dans ce but unique, M. Valleix ne nous a pas dissimulé que, s'il n'agissait pas, il avait au moins des croyances favorables. Il a fait ressortir que, sur 117 cas qu'il avait rassemblés, la stérilité avait existé 19 fois, et que, parmi les autres femmes, 12 n'avaient eu qu'un seul enfant, bien que plusieurs eussent le plus vif désir d'être mères encore. Mais, pour donner quelque valeur à ce résultat statistique, s'est-il demandé si les autres affections utérines, qui peuvent exister seules ou être compliquées de quelque déplacement, ne jouent pas le rôle le plus important dans la production de la stérilité? Est-il donc difficile de comprendre que les inflammations du col, et surtout celles qui se propagent à la cavité utérine, et même dans les trompes, puissent mettre un obstacle insurmontable soit au passage de la partie fécondante du sperme, soit à la marche en sens inverse de l'œuf qui s'est détaché de l'ovaire, de manière à s'opposer au contact de ces deux éléments? N'est-il pas même probable que les liquides, sécrétés par une muqueuse malade, doivent acquérir des propriétés nuisibles capables d'annihiler celles de la matière fécondante? Ne voit-on pas fréquemment dans la pratique des femmes qui, ayant des affections utérines anciennes, n'avaient pu être fécondées depuis longtemps, et qui le sont presque aussitôt après qu'on les a guéries, sans qu'on se soit le moins du monde occupé de la déviation, en admettant qu'il en existât une concurremment? Ce n'est pas, cependant, que je veuille refuser toute influence à certains déplacements, et aux flexions en particulier, mais il faut pour cela qu'elles soient considérables, c'est-à-dire très-anciennes, et peut-être même congénitales. Or, dans ces cas, il y a presque toujours atrophie partielle ou générale de l'organe, et cette disposition, à laquelle on ne peut remédier, a certainement la plus grande part dans l'impossibilité de la reproduction. La question de la stérilité a toujours été, et sera longtemps encore, une des questions les plus obscures; car,

indépendamment des causes qui peuvent être rapportées à l'utérus, qui ne sait combien sont variées les altérations des ovaires et des trompes qui peuvent la produire, sans parler des causes complétement indépendantes de la femme, et qu'il faut rechercher dans l'autre sexe?

Cependant, messieurs, je ne veux rien exagérer, et je reconnais que, *dans un très-petit nombre de cas,* la santé des femmes peut être assez dérangée par le fait seul de quelque déviation, et surtout par un abaissement de l'utérus, pour qu'il devienne nécessaire d'opposer à ces faits exceptionnels une thérapeutique exceptionnelle aussi. Je reconnais même très-volontiers que, dans quelques circonstances, le déplacement, quoique phénomène tout à fait secondaire, peut exercer une influence fâcheuse, retarder la guérison des autres lésions qui existent concurremment, et en aggraver notablement les symptômes ; mais, ainsi que je l'ai déjà donné à entendre, nous possédons, pour remplir les différentes indications qui découlent de ces conditions, de nombreux moyens, dont quelques-uns surtout ont une efficacité incontestable et qui, dans tous les cas, ne compromettent jamais ou presque jamais, la santé et surtout la vie des femmes.

Ce qui importe surtout, c'est d'immobiliser l'utérus, ainsi que le faisaient justement remarquer *MM. Chassaignac* et *Gosselin,* dans une circonstance récente, c'est de le mettre à l'abri de ces mouvements continuels qui, le poussant sans cesse dans des directions variées, font subir au col et aux autres parties des frottements et des pressions bien capables d'entretenir un état pathologique, et peut-être même, dans quelques cas rares, de le faire naître.

Si de nos jours, et avec juste raison, on ne condamne plus les femmes à un repos absolu, comme le faisait *Lisfranc*, pendant le traitement des affections du col de la matrice, ne sait-on pas qu'il est nécessaire d'exiger au moins qu'elles évitent tout ce qui est de nature à exagérer les mouvements de l'organe affecté? Et chacun de nous ne voit-il pas à chaque instant des malades qui, ne prenant pas suffisamment au sérieux les sages conseils qu'on

leur donne à cet égard, retardent ainsi leur guérison et font reparaître des lésions que, dans un examen précédent, on avait trouvé presque entièrement terminées?

Je ne crains pas d'avancer que, si un certain nombre d'affections utérines résistent aux moyens qu'on leur oppose, cela doit être bien moins imputé à l'impuissance de la thérapeutique qu'aux obstacles de toute sorte que rencontre sa rigoureuse application. C'est le petit nombre, il faut bien en convenir, qui consent à mettre de côté, les exigences de la position, de la famille, de la société, et on peut dire que beaucoup de femmes sont guéries malgré elles. Celles qui, mieux inspirées, ou qui, placées dans des conditions plus favorables, se soumettent rigoureusement, obtiennent presque constamment une guérison définitive.

Pour mon compte, lorsque je suis consulté par des femmes qui éprouvent des symptômes dont il faut faire remonter nécessairement la cause dans un état anormal de l'utérus, la première question que je cherche à résoudre est celle-ci : Le tissu de l'organe est-il sain? N'est-il pas altéré dans la totalité ou dans une partie de son étendue? Lorsque, par un examen suffisant, je suis édifié sur ce point *fondamental,* il sert de base aux moyens thérapeutiques que je fais intervenir. Si j'ai constaté une lésion quelconque, c'est elle d'abord que je cherche à faire disparaître. Si au contraire j'ai trouvé le tissu utérin dans un état d'intégrité complète, et reconnu une simple déviation, c'est à elle que je m'adresse, après m'être assuré toutefois qu'un état névralgique ne donnait pas l'explication des accidents observés.

Dans les abaissements, par exemple, tout ce qui est de nature à diminuer la pression intestinale, la suppression ou la modification des corsets, l'emploi des ceintures hypogastriques, convenablement faites et convenablement appliquées, sont des moyens qui donnent d'excellents résultats; quand ils sont insuffisants, ils trouvent un auxiliaire puissant dans l'usage des différents pessaires, et en particulier de celui que l'on doit à notre confrère, *M. Gariel*, et qui est constitué, comme on le sait, par une vessie en caoutchouc distendue par de l'air. Il offre sur tous

les autres d'incontestables avantages, que je n'ai pas à faire ressortir ici.

Dans les déplacements, soit en avant, soit en arrière, qui sont à peu près constamment compliqués d'un certain degré d'abaissement et qui, outre les accidents ordinaires, apportent quelquefois des troubles dans l'excrétion de l'urine ou des matières fécales, les mêmes moyens réussissent souvent à calmer la plupart des symptômes. C'est surtout dans les antéversions compliquées ou non d'abaissement en masse, que les ceintures hypogastriques sont utiles. Dans les rétroversions, les pessaires, en remontant et en fixant l'utérus, font obtenir un résultat également favorable.

Je n'ai pas besoin de dire que, toutes les fois qu'on peut agir par les parois abdominales, cela est infiniment préférable, et ce n'est que comme ressource dernière qu'il faut se décider à condamner les femmes à porter dans le vagin un corps étranger quelconque.

Dans les cas de rétroversions exagérées et rebelles aux moyens simples que je viens de rappeler, peut-être, en supposant toujours que le tissu de l'utérus est sain et que les troubles apportés dans l'excrétion des matières fécales sont considérables, pourrait-on essayer d'un moyen qui, entre les mains de M. Huguier, paraît avoir donné de bons résultats ; je veux parler de l'introduction de mèches volumineuses dans le rectum, procédé déjà ancien, conseillé par *Aetius,* et employé depuis par quelques autres. On trouvera dans la thèse de M. Dufraigne, ancien élève de *M. Huguier,* tous les détails relatifs au manuel opératoire.

Plus récemment, M. le docteur *Favrot* dit s'être servi avec avantage d'un moyen qui a la plus grande analogie avec le précédent, et qui n'en diffère que parce que le tampon appliqué dans le rectum est constitué par une vessie en caoutchouc vulcanisé, au centre de laquelle est ménagé un canal destiné à permettre le passage des gaz. On pourra consulter le Mémoire que notre confrère a lu devant l'Académie en octobre 1851, et qui a été publié la même année dans la *Revue médico-chirurgicale* de Paris.

Indépendamment des nombreux pessaires qui ont été imaginés depuis quelques années, et qui, d'après des idées souvent théoriques de leurs auteurs, ont varié quant à la forme, quant au volume et quant à la substance qui les composent, je vous signalerai celui en baleine du docteur *Mayer*, et celui en caoutchouc de *M. Joret*. Avec ces deux instruments, on prend un point d'appui sur le col, et on les fait agir ensuite comme des leviers destinés à pousser l'utérus dans telle ou telle direction. Outre les difficultés souvent insurmontables dans l'application, les faits n'ont pas montré jusqu'ici leur efficacité. Mais du moins, si ces redresseurs externes n'ont pas une utilité démontrée, ils ont été conçus et construits de manière à ne pouvoir léser en rien les organes sur lesquels on voulait les faire agir. Je n'en pourrai dire autant d'un autre plus récent, qui est fondé sur le même principe, mais qui, entièrement métallique, même dans la partie qui embrasse et étreint le col pour y prendre son point d'appui, a déjà produit des accidents graves, et en particulier la gangrène du col.

Quant à la cautérisation de l'un des points de la circonférence du col et de la partie correspondante de la muqueuse vaginale, dans le but de provoquer des adhérences et d'entraîner ainsi l'utérus en sens inverse de la déviation, j'avoue que je doute fort que l'expérience sanctionne l'utilité d'une semblable méthode, et je suis loin d'être rassuré sur son innocuité. La destruction d'une partie ou de la totalité de la portion vaginale du col, et surtout son amputation complète, m'inspirent une sécurité moins grande encore.

Ce qui a fait la plus vive impression sur mon esprit dans la Note de *M. Valleix*, ce qui, de prime abord, paraît un argument irrésistible, ce sont les résultats statistiques qu'il nous a donnés touchant les guérisons qu'il croit avoir obtenues. Certes, je suis comme lui très-disposé à accorder la plus grande confiance aux conséquences qui découlent *rigoureusement* de faits nombreux et convenablement observés ; mais le cachet d'une bonne observation, c'est de porter la conviction non-seulement dans l'esprit de celui qui l'a recueillie, mais encore de tous ceux

qui seront appelés à la méditer. Eh bien ! je n'hésite pas à le déclarer, les observations de notre confrère laissent beaucoup à désirer. Il y a plus, elles contiennent tous les éléments nécessaires pour justifier une opinion diamétralement opposée à la sienne.

En réunissant aux faits qui lui sont propres ceux qui ont été publiés, ou qui lui ont été communiquées par divers médecins, il s'est cru autorisé à vous dire que sur 180 cas, 129 guérisons définitives avaient été obtenues ; qu'un bon nombre de malades qui n'ont pas été guéries ont éprouvé une amélioration notable ; que plusieurs étaient encore en traitement, et que d'autres n'avaient subi qu'un traitement incomplet et insuffisant, ce qui semblerait prouver que la méthode est efficace dans la *presque totalité des cas,* et que c'est à peine si quelques déviations rebelles parviennent à lui résister. Résultat vraiment extraordinaire et qui, à lui seul, est de nature à faire naître quelques doutes au sujet de l'interprétation donnée.

Mon examen critique va nécessairement porter sur les 20 observations qui ont été publiées par *M. Valleix,* et qui, ainsi que j'ai déjà eu occasion de vous le dire, doivent être pour lui des plus concluantes, ce qui m'autorise à croire que l'interprétation que je vais leur donner est tout à fait applicable à celles dont nous ne connaissons pas les détails. J'examinerai aussi celles, au nombre de 5, qui vous ont été envoyées par notre correspondant, *M. Gaussail,* pour venir en aide à la défense du traitement mécanique. Enfin, je dirai un mot des trois faits communiqués par *M. Piachaud* à la Société de chirurgie. J'ai vivement regretté, quand j'ai voulu connaître les résultats obtenus par *M. Simpson,* de ne trouver que des assertions sans preuves ; je me suis adressé directement à lui, mais au lieu d'observations que je réclamais, je n'ai reçu que des instruments, et c'est ce qui m'a permis de faire passer sous vos yeux ceux dont il se sert à Édimbourg. Cependant je ne me suis pas tenu pour satisfait, et je pourrai, grâce à de bienveillantes communications que j'ai dû solliciter ailleurs, vous parler de la pratique du médecin d'Édimbourg.

Commençons par *M. Valleix :*

1re *Observation.* — Des attaques hystériques avec d'autres phénomènes nerveux, attribués sans preuves suffisantes à une *antéversion* (*car il est dit aussi que l'utérus était lourd*), sont d'abord traitées avantageusement par de nombreux moyens ; puis on fait intervenir le traitement mécanique et on lui rapporte l'honneur de la *guérison,* quoique les troubles nerveux *n'aient pas entièrement disparu.*

2e *Observation.* — Le diagnostic est une antéversion, mais on ne donne aucun détail soit sur l'état du corps, soit sur celui du col de l'utérus. Les symptômes sont cependant de nature à faire supposer qu'il y avait quelque maladie, et la guérison qu'on dit n'avoir été obtenue qu'après un temps assez long, peut être très-raisonnablement attribuée au repos.

3e *Observation.* — *Antéversion* (sans autre mention sur l'état de l'utérus). — On le redresse, et cependant les symptômes durent encore. Quelque temps après, on le trouve plus incliné que la première fois, ce qu'on attribue à une chute faite la veille ; et cette fois, il suffit de quelques pilules purgatives pour produire une guérison complète. Il est vrai de dire que c'est un élève qui a donné ce dernier renseiguement.

4e *Observation.* — *Antéversion avec légère déviation latérale gauche;* mais, de plus, *col volumineux et granuleux, hypertrophie du corps.* — Après un long traitement et de nombreuses applications du pessaire, l'utérus se maintient dans sa situation normale. La malade est revue environ trois mois après la dernière application ; on dit bien que la santé générale est parfaite et que le déplacement ne s'est pas reproduit, *mais on a oublié de nous faire savoir si les autres lésions du corps et du col ont disparu.*

5e *Observation.* — *Guérison attribuée à la sonde et qui doit être rapportée à de nombreuses cautérisations.* — C...., âgée de 31 ans, d'une bonne constitution, accoucha heureusement à 20 ans ; quelques années après, elle eut des attaques

d'hystérie, de la leucorrhée, de la fatigue dans la marche, avec pesanteur dans le bassin. Traitée il y a vingt-huit mois environ par des saignées répétées, elle devint anémique, et lorsque le 15 juin 1851 *M. Valleix* l'examina, elle était pâle, décolorée, très-faible, l'*utérus était volumineux, non douloureux, couché transversalement en avant. Sur la lèvre antérieure qui était rouge et volumineuse, existait une saillie plus foncée, présentant au milieu un petit point blanc.* Le col fut cautérisé avec le nitrate acide de mercure à trois reprises successives ; puis on pratiqua le cathétérisme six fois, en laissant trois ou quatre jours d'intervalle. Au bout d'un mois environ, l'utérus était replacé dans sa situation normale. *La cautérisation fut alors reprise et répétée treize fois pendant deux mois environ.* Il n'y eut pas d'accident et le col fut guéri.

6e *Observation.* — C'est un exemple remarquable de métrite chronique, avec large ulcération du col, se prolongeant dans la cavité qui a été surtout guérie par le repos et par des cautérisations répétées deux fois par semaine pendant près de deux mois.

7e *Observation.* — La déviation insolite qui paraît avoir existé n'a pas été guérie, puisque l'auteur dit lui-même qu'après le traitement, l'*utérus fut retrouvé bien redressé, bien qu'il présentât encore, à sa face antérieure, une légère concavité.* Il y a, dans cette assertion, une contradiction que je ne sais comment expliquer.

8e *Observation.* — Il s'agit d'une antéflexion qui n'a pas été traitée et qui ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

9e *Observation.—Antéversion avec hypertrophie,* puisque l'utérus était lourd, peu mobile, et que la sonde pénétrait à 7 centimètres. — Le redresseur ayant produit des accidents graves, un traitement antiphlogistique énergique fut employé à la suite duquel la malade fut guérie.

10e *Observation. — Antéversion compliquée de versions; utérus volumineux, puisque la sonde pénètre à 7 centimètres.* — Le traitement mécanique est très-longtemps con-

tinué. On fait intervenir en même temps les préparations de fer, les vésicatoires morphinés, et lorsque, plus de six mois après, on déclare la malade guérie, et, après avoir dit que la flexion n'existait plus, on ajoute cependant *que la dépression antérieure existait toujours, et que l'axe de l'utérus était un peu plus incliné en avant que dans l'état normal.*

11e *Observation.* — Dans ce cas, la malade avait un dérangement des facultés intellectuelles, avec idées de suicide. On redresse la matrice ; les règles supprimées reparaissent ; la raison revient. On n'hésite pas à rapporter ce résultat au rétablissement de la direction normale de l'organe, mais rien ne donne le droit de tirer une semblable conclusion.

12e *Observation.* — Il y a, dans les détails consignés, la preuve évidente pour moi que la femme avait une métrite chronique. Le repos qu'elle a longtemps gardé suffit bien pour expliquer la guérison qu'on a obtenue.

13e *Observation.* — *Rétroversion avec légère flexion à gauche;* mais en même temps, *métrite chronique avec ulcération et de nombreuses granulations rouges* (la sonde pénétrait à 7 centimètres 1/2). — Le redresseur est appliqué une seule fois et laissé pendant quatorze jours ; mais longtemps encore on fit intervenir des traitements variés contre un état anémique et des névralgies, contre une fissure à l'anus qui n'avait pas été d'abord reconnue. Le col fut cautérisé pendant des mois entiers ; mais, je le demande, à qui revient la plus grande part de la guérison obtenue dans ce cas? Évidemment, pour tout esprit non prévenu, ce n'est pas au traitement mécanique.

14e *Observation.* — Ici encore, le traitement a été complexe, car, outre le redressement de l'organe, on a eu recours aux bains froids l'été, aux douches froides l'hiver, à des sangsues, à des calmants et à des astringents, et il est bien probable que le volume exagéré de l'utérus ayant disparu sous l'influence de ces moyens, cet organe a pu conserver plus facilement sa direction normale.

14e *Observation (bis).* — Dans ce cas, où le redresseur a été employé pour corriger une simple difformité qui ne produisait pas d'accidents, il est dit qu'on a réussi à redresser l'utérus, et cependant on ajoute qu'*il y avait de l'affaissement de l'organe sur lui-même et des plis là où précédemment existaient des flexions.* Comment peut-on se mettre en si flagrante contradiction avec soi-même?

15e *Observation.* — La malade chez laquelle des accidents graves ont été produits n'a pas été guérie; cela résulte des détails consignés dans l'observation.

16e *Observation.* — J'ai parlé de ce fait intéressant à un autre point de vue, mais je n'ai pas à m'en occuper ici, puisque le traitement mécanique n'a pas été employé.

17e *Observation.* — Même en se plaçant au point de vue de *M. Valleix,* c'est un fait qui témoigne hautement de l'impuissance de la méthode. En effet, l'auteur termine l'observation en disant que *les accidents reparaissent encore quelquefois, et que, de temps en temps, la malade est obligée de se faire appliquer, par son médecin ordinaire, un redresseur qu'elle garde deux ou trois jours.*

18e *Observation.* — La guérison n'a pas été obtenue d'une manière définitive, et, d'ailleurs, la matrice n'était pas simplement déviée.

19e *Observation.* — C'est une femme épuisée par l'allaitement. Ce fut surtout à partir du sevrage, et sous l'influence du repos et d'une alimentation convenable, que la santé se rétablit.

De pareils faits, messieurs, n'ont pas besoin de commentaires. A quiconque voudra se donner la peine de les étudier et de les méditer comme je l'ai fait, ils fourniront la preuve la plus frappante de l'illusion dans laquelle on s'entretient et dans laquelle on engage quelques-uns de nos confrères. Je n'ai pu les faire passer sous vos yeux dans tous leurs détails, mais j'ai la conviction profonde d'en avoir fait sortir l'expression de la vérité.

Voyons maintenant si ceux que nous devons à notre honorable correspondant, *M. Gaussail*, sont plus concluants. Je puis le dire par avance, ils parlent encore plus haut, si c'est possible, contre la nouvelle méthode.

Dans le premier, une dame, qui, à la suite d'une fausse couche, avait été affectée d'une métrite chronique, et chez laquelle de nombreux moyens avaient été employés sans produire une guérison définitive, fut soumise au traitement mécanique en juin 1851 (l'*engorgement* de l'utérus étant considérable): on se servit plusieurs fois du redresseur, pendant vingt-deux mois : mais, dans les intervalles, la malade gardait le repos et on lui faisait prendre des bains et des injections. Au bout de ce temps, on constate une grande amélioration dans l'état général ; mais la matrice est *seulement moins saillante* (*ce qui veut dire qu'elle l'était encore*). La marche et la station sont toujours fatigantes. On recommence le traitement pendant sept mois, auquel on ajoute, dans les intervalles, le *pessaire à air de M. Garriel.*

Enfin, en septembre 1853, *M. Valleix*, qui se trouvait à Toulouse, déclare qu'il n'y a plus de déviation ; cependant, quelques cautérisations avec le nitrate d'argent sont reconnues nécessaires, et elles suffisent pour ramener le col à son état normal. Aujourd'hui, la guérison date de cinq mois, et Mme G.... a pu marcher trois heures sans autre fatigue que celle des jambes. Mais, auquel des nombreux moyens employés pendant plus de *deux ans* faut-il attribuer ce résultat ? N'est-il pas permis de se demander si l'usage du redresseur, au lieu de concourir à la guérison, n'a fait au contraire que la retarder pendant long-temps ?

Dans le second, une femme souffrait, depuis dix ans, du côté de l'utérus. En 1841, elle avait un engorgement du corps et du col de la matrice, qui était rouge, inégal et abaissé : un traitement antiphlogistique et le repos ne produisent que peu de soulagement. En 1844, deux ulcérations de la surface interne du col sont difficilement guéries ; mais l'*engorgement utérin per-*

siste. En 1847, à la suite d'une secousse éprouvée en voiture, les symptômes s'aggravent : un repos absolu pendant trois mois, puis l'introduction d'une éponge dans le vagin, améliorent l'état de la malade, qui peut rester *debout et marcher.* Plus tard encore, une névralgie abdominale, qui s'était déjà montrée, fait des progrès et résiste à divers moyens.

En 1851, *M. Valleix,* consulté, reconnaît une *antéversion incomplète* et propose le traitement mécanique, qui est mis en usage pendant *vingt-six mois,* en laissant des intervalles pendant les diverses applications, de telle sorte qu'on évalue à huit mois le temps pendant lequel le redresseur est resté dans la matrice. Durant ces interruptions, la thérapeutique ne restait pas inactive : c'est ainsi que, pendant une saison, Mme B.... a été envoyée aux bains d'*Ussat,* et que, pendant une autre, on lui a fait prendre les bains de rivière.

Le traitement n'a pas exercé une influence manifeste sur l'état névralgique, mais la marche est facile.

Il y a *un mois,* on a encore introduit le redresseur, mais il n'a pu être maintenu dans la cavité utérine.

Le col, examiné, est trouvé *plus gros* que dans l'état normal.

Peut-on considérer ce fait comme un exemple de guérison, et, dans tous les cas, peut-on oublier que d'autres moyens très-énergiques ont été employés ?

Dans la troisième, une simple inflexion du col en arrière, compliquant une phlegmasie chronique de l'utérus (car il y avait sur cette partie de l'organe trois ulcérations profondes reposant sur un fond grenu et rouge, avec tuméfaction et sensibilité), est traitée par le redresseur ; mais, au préalable, on a recours aux injections et à dix cautérisations.

Les ulcérations étant cicatrisées, l'instrument est appliqué trois fois, et reste en tout environ un mois et demi.

Quoique le col soit trouvé redressé, on note *qu'il est survenu de la constipation qui n'existait pas avant, des granulations existant encore, on fait de nouvelles cautérisations.*

On donne ce cas comme un exemple de guérison, et cepen-

dant, on ajoute que la malade, revue plusieurs fois depuis deux ans, *se plaint de temps en temps de douleurs vagues dans les reins, que les règles sont irrégulières, puisqu'elles se montrent quelquefois deux fois par mois.*

Un dernier examen, fait au moment où cette observation était écrite, montra *le col dans sa direction normale, mais il est sensible, volumineux, granuleux, et on se dispose à traiter cet état morbide.* Je laisse à ceux qui m'écoutent le soin de conclure.

Dans le quatrième, une dame T...., qui éprouvait les phénomènes ordinaires dans les affections utérines, et surtout dans la métrite chronique, est examinée, et on diagnostique une antéversion complète avec grand relâchement des parois du vagin. Pendant deux mois, *M. Gaussail* a recours aux bains et aux injections toniques, au repos absolu. L'état restant le même, il se sert du redresseur, qui paraît produire quelque amélioration. Le repos et les injections sont continués. L'utérus, examiné, est moins incliné, mais il n'est pas dans sa situation normale.

Dès ce moment, on reprend les injections toniques, et à la fin d'octobre, c'est-à-dire quatre mois après le début du traitement, on dit que la malade ressent *encore de la faiblesse,* des douleurs *sourdes dans les reins.* On la soumet alors à un traitement tonique, *bains à basse température,* injections froides *avec l'eau saline de Salies.* Son état devient satisfaisant, elle peut aller en voiture sans éprouver trop de fatigue. La position horizontale n'est plus une nécessité.

En janvier 1853, *on lui applique le pessaire du docteur Garriel, et elle s'en trouve très-bien.*

Au mois de mars, à la suite de grandes fatigues, quelques-uns des accidents primitifs reparaissent. (*Cependant l'utérus est droit.*) *Le repos et le pessaire à air la soulagent.*

En ce moment, elle est au début d'une nouvelle grossesse.

Les détails qui précèdent parlent assez d'eux-mêmes. Mais le travail de notre confrère renferme *une cinquième et dernière*

observation, beaucoup plus instructive encore que celles qui précèdent pour quiconque voudra se donner la peine de l'examiner sans idée préconçue. Je ne comprends pas pourquoi *M. Valleix* n'a pas cru devoir en parler, sous le vain prétexte qu'elle n'était pas complète. Rien n'est plus complet et plus concluant que l'enseignement qui découle d'un pareil fait, et, pour vous en donner une idée, je me contente de citer presque textuellement les paroles de l'auteur, qui a résumé lui-même son observation de la manière suivante. Après avoir employé pendant plusieurs mois la sonde et divers redresseurs, il est obligé de convenir que *ce traitement n'a produit aucune amélioration. Il semble même à la malade qu'elle est plus fatiguée par la marche, la station et les simples mouvements des bras. Les modifications dans la position de l'utérus sont peu saisissables. La malade et notre confrère lui-même demeurent convaincus que ce traitement ne pourrait plus être supporté.*

J'ai reçu de *M. Gaube,* interne distingué de la Pitié, deux observations recueillies dans le service de *M. Aran,* et qui prouvent que deux femmes qui avaient l'une une *antéflexion* et l'autre une *antéversion,* furent guéries de tous les accidents qu'elles éprouvaient, bien que, malgré l'*emploi du redresseur, l'utérus ne se fût pas redressé.* Il est vrai de dire que ces deux malades avaient en même temps *une inflammation chronique de la matrice avec hypertrophie,* et que ces états pathologiques furent naturellement guéris, ainsi que leurs conséquences, par le repos et les autres moyens qui furent employés.

Le fait suivant, que je dois à notre honorable confrère *M. Perrin,* prouve encore combien il est facile de se faire illusion sur les résultats *définitifs* du traitement mécanique :

« Mme P...., âgée de 37 ans environ, demeurant rue Châteaubriand, n° 6, ayant eu deux enfants, d'une bonne santé habituellement, éprouvait, depuis le commencement de l'année, des douleurs inaccoutumées dans les aines, le bas-ventre, dans les reins et dans les cuisses. Jamais avant elle n'avait accusé d'accidents

semblables. Elle n'avait aucune trace de flueurs blanches et elle était régulièrement réglée. La marche et la station debout augmentaient notablement ses souffrances. Plus tard vinrent s'ajouter des besoins fréquents d'uriner, surtout le jour, des garde-robes rares et difficiles. La malade attribuait ses souffrances à de grandes fatigues et à l'obligation où elle était de monter et de descendre à chaque instant un escalier.

« Elle avait en outre remarqué que toutes ses douleurs étaient singulièrement amendées, et cela presque instantanément, par le repos au lit.

« Ce ne fut que quatre mois après que son médecin reconnut une *antéversion* de l'utérus. C'est alors qu'il conseilla à la malade d'entrer dans le service de *M. Valleix,* pour se faire traiter de ce déplacement. Elle fut reçue quelques jours après à la Pitié et couchée au lit n° 4 de la salle Sainte-Geneviève. C'était dans le courant du mois de mai 1853.

« L'habile médecin de la Pitié reconnut facilement l'antéversion. Pendant les premières semaines, et à cause d'une certaine sensibilité de l'organe, il laissa reposer la malade et combattit, à l'aide de moyens appropriés, le degré d'irritation et peut-être de métrite légère qui existait. Ce ne fut qu'après trois semaines environ qu'il essaya d'introduire la sonde dans le but de préparer la cavité de la matrice à recevoir l'extrémité du redresseur. Trois applications préparatoires plus ou moins douloureuses eurent lieu ; la dernière ayant été facilement supportée, *M. Valleix* considéra comme suffisamment éteinte et calmée la sensibilité accusée de ce côté, et quelques jours après, il introduisit son redresseur utérin. L'application fut facile et n'occasionna pas des douleurs bien vives. Pendant quatre jours et quatre nuits, l'appareil fut bien supporté. En opposition à ce qui arrive très-fréquemment dans les salles de *M. Valleix* (au dire de la malade), l'instrument en place ne détermina chez elle aucun écoulement. Ajoutons que le redresssement forcé eut même pour effet de faire disparaître la plupart des symptômes morbides accusés depuis longtemps. Le cinquième jour, on retira le redresseur, le déplacement avait disparu. Pendant quinze

jours encore, la malade resta à l'hôpital, se considérant comme guérie.

« *M. Valleix* lui-même, se félicitant chaque jour du merveilleux résultat qu'il avait obtenu, et donnait, aux médecins qui suivaient en grand nombre sa visite, l'histoire de notre malade comme un exemple probant de l'efficacité de son instrument.

« Au moment de sa sortie, la malade fut examinée, touchée et renvoyée comme radicalement guérie. *M. Valleix* lui recommanda, toutefois, de s'abstenir de tout coït, de ne prendre qu'un exercice modéré, et de pratiquer autour du bassin des lotions d'eau froide. Elle était restée en tout sept semaines à l'hôpital.

« Notre malade, *guérie, n'était pas à deux cents pas de la Pitié,* donnant le bras à la personne qui était venue la chercher, que déjà elle ne pouvait plus marcher. Arrivée au pont Marie, on fut obligé d'aller la quérir en voiture. Le lendemain, elle se trouvait aussi souffrante que la veille du jour de son entrée à l'hôpital. Les douleurs du bas-ventre étaient entièrement revenues. Quelques jours après, la malade se rendit à la consultation de la Pitié, et là, à son grand étonnement, *M. Valleix* reconnut le retour de l'antéversion : il accusa vertement cette femme d'avoir commis des imprudences, et particulièrement d'avoir cohabité avec son mari ; et cependant, cette accusation n'était pas fondée, car la malade et le mari nous ont formellement affirmé qu'ils *s'étaient abstenus complétement.*

« Madame P.... revint chez elle, chagrine de l'accueil qui lui avait été fait, et ce fut alors que je fus appelé. *Aujourd'hui, l'antéversion persiste, bien que les douleurs soient notablement moins vives.* »

Scanzoni, en rendant compte d'un travail de *Mayer,* sur les applications de l'instrument de *Kiwisch* dans les cas de déviation utérine, dit : « Sur 20 cas de déviation, j'ai essayé de ce moyen sans obtenir une seule fois de guérison permanente. — L'instrument de *Kiwisch* fut employé dans 12 de ces cas (*Comptes rendus de Canstatt* pour 1851, vol. 4, p. 296, publiés en 1852). »

Messieurs, l'attention soutenue avec laquelle vous avez bien voulu écouter la lecture de la première partie de mon Rapport, m'a prouvé que je ne m'étais pas trompé en accordant la plus grande importance à la question qui s'agite devant vous; mais j'ai besoin de compter encore sur votre indulgence pour terminer la mission difficile et pénible que vous m'avez donnée. Je crois avoir déjà démontré, par tout ce qui précède, l'inutilité du traitement mécanique; cependant, il est encore un argument que je ne puis passer sous silence, car il fera, j'en ai la conviction, une vive impression sur vos esprits : je le puise dans la pratique de *M. Valleix* lui-même. Il est curieux, en effet, de suivre toutes les transformations par lesquelles il a fait passer la *méthode primitive*. Dans l'origine, la tige intra-utérine avait 6 centimètres de long : les succès étaient presque constants ; cependant, quelques accidents qu'on dit légers, et surtout la crainte d'en voir survenir de plus graves, firent réduire cette tige à 5 centimètres et même à 4, et on ne nous a pas dit que les résultats eussent été moins satisfaisants. Ces perfectionnements ne paraissent pas suffisants encore. Un peu plus tard, notre confrère pose cette règle générale (un peu vague, il faut en convenir,) que la tige utérine doit avoir *le moins de longueur possible*. Mais ce n'est pas tout : quoique les succès aient été toujours les mêmes, quoiqu'il déclare que les rares accidents qu'il a eu à constater aient toujours été sans importance, il cherche encore à simplifier ; et la dernière modification à laquelle il s'arrête est tellement radicale qu'elle constitue un véritable abandon de la méthode première. Il ne s'agit plus, en effet, que d'introduire l'hystéromètre dans la cavité utérine, de redresser l'organe par un mouvement convenable de l'instrument, qui est retiré aussitôt et qu'on remplace par un ballon en caoutchouc dilaté avec de l'air, après l'avoir placé entre la face antérieure du col et la paroi correspondante du vagin. Le procédé n'est appliqué, jusqu'ici, que pour les déplacements en arrière (rétroversion et rétroflexion), et la seule raison qui ait empêché l'auteur de l'étendre aux déplacements en avant, c'est l'obstacle que la sonde rencontre dans le pubis, et qui ne permet pas d'obtenir

un redressement préalable et complet ; mais il espère qu'on parviendra à vaincre cette difficulté par une heureuse modification de l'hystéromètre. Sur 9 cas traités de cette manière, 7 guérisons radicales auraient été obtenues, et, dans le 8e, une grande amélioration existait déjà lorsque, pour des causes particulières, le traitement fut interrompu. — *M. Valleix* déclare lui-même « que ces faits n'ont pas besoin de commentaires : ils prouvent que, par ce procédé, l'utérus est et reste redressé aussi bien que par le redresseur à tige intra-utérine. »

Quant à moi, je ne suis pas plus édifié sur le redressement définitif par la nouvelle méthode que par l'ancienne, mais je trouve, dans ce que je viens de rappeler, la condamnation la plus complète des redresseurs intra-utérins.

Une des raisons sur lesquelles *M. Valleix* a souvent appuyé ses convictions, c'est que la nouvelle méthode compterait maintenant de nombreux partisans soit en France, soit dans divers pays voisins du nôtre. Je crois que, sous ce rapport encore, il s'abuse singulièrement ; pour ce qui est de la France, quelques voix se sont élevées çà et là pour vanter l'utilité du nouveau traitement, mais elles sont encore infiniment peu nombreuses, si on les compare à la répulsion presque générale qu'il a inspiré aux hommes les plus compétents et les plus considérables ; et qu'on ne dise pas que les opposants sont exclusivement ceux qui n'ont pas essayé : beaucoup se sont laissé tenter d'abord, et ce n'est qu'après avoir pu juger par eux-mêmes qu'ils ont repoussé un moyen qui ne leur a laissé que des regrets.

Il importe que vous sachiez aussi que la pratique de la Grande-Bretagne est loin d'être favorable. Je me suis livré à de nombreuses recherches pour pouvoir vous en faire connaître les résultats, et il ne sera pas sans intérêt de vous dire ce qu'on pense dans un pays où le traitement mécanique compte son plus fervent apôtre. J'ai déjà regretté que *M. Simpson*, au lieu *de faits* dont nous aurions pu apprécier la valeur, se soit contenté d'émettre des opinions. Mais je puis vous dire que ces opinions sont loin d'être partagées par tous nos confrères d'outre-Manche. Je dois à l'obligeance de l'un d'eux, qui, pendant deux ans, a été

témoin des nombreuses tentatives du professeur d'Édimbourg, les renseignements suivants, auxquels son savoir et son honorabilité donnent un grand poids :

« La tolérance de l'utérus pour une telle intervention mécanique, m'écrit-il, diffère beaucoup selon les individus : chez quelques malades, ces instruments ne produisent que peu de malaise pendant les premières minutes ou les premières heures qui suivent l'introduction ; chez d'autres, au contraire, ils sont aussi prompts à exciter une inflammation qui peut avoir des conséquences sérieuses. Il en résulte que, dans quelques cas, ils ont pu être portés pendant des jours, des semaines, des mois, et même des années, sans qu'il surgît aucun inconvénient; mais, dans d'autres cas, la sensibilité de l'utérus a, dès le premier moment, posé un *veto* qu'on aurait dû respecter. Malheureusement, il ne l'a pas été suffisamment par ceux qui se sont en quelque sorte identifiés avec le traitement mécanique, et c'est pour avoir méconnu ces avertissements de l'organisme qu'un certain nombre de femmes ont été victimes des redresseurs.

« Si l'exquise sensibilité de la matrice, réveillée par la présence du corps étranger, est parfois vaincue, il semble que cet organe peut le supporter longtemps avec une impunité apparente. J'ai vu quelques cas de ce genre, mais je les crois très-rares. Chez *la grande majorité des femmes*, il est survenu quelque état morbide de l'utérus ou de ses annexes, et un prompt retrait de l'instrument, ainsi qu'un traitement actif, sont devenus nécessaires.

« L'effet immédiat de ces pessaires est, pour un temps court, singulièrement trompeur. Une malade, épuisée par la continuité de la douleur et par les autres symptômes, consulte un médecin *mécanique :* un pessaire est introduit ; l'utérus est redressé. On la prie de se promener dans la salle de consultation, et, à son grand étonnement, comme si elle était sous l'influence d'un enchantement magique, tous les symptômes semblent avoir disparu : la marche est possible. On vante le médecin, on exalte son génie ; le cœur plein de joie, on raconte aux amis étonnés

la cure merveilleuse, et l'avenir apparaît plein d'espérances; mais, à peine la merveille a-t-elle duré quelques heures, qu'on voit la scène changer : une irritation commence, une inflammation aiguë la suit bientôt; on met en usage le calomel et l'opium, avec tous les moyens antiphlogistiques, et la malade, si elle échappe à quelques-unes des plus graves maladies, a souvent à supporter les affreux résultats d'une salivation portée très-loin. Telle est l'histoire d'un certain nombre de femmes qui ont été soumises au redressement mécanique.

« Il ne peut y avoir aucun doute, car l'expérience est là pour en témoigner, l'usage de ces instruments peut être suivi des plus graves accidents : *des hémorrhagies, des fissures rectales, des ulcérations du rectum, des métrites, des métro-péritonites, des abcès pelviens en sont des conséquences assez fréquentes;* plus d'une fois, même, *la mort* en a été le résultat final. »

M. Simpson, lui-même, a reconnu la possibilité de quelques accidents, puisqu'il dit : « J'ai parfois rencontré des cas dans lesquels le pessaire utérin a produit une irritation telle qu'elle a nécessité son retrait peu de temps après son introduction; » mais il est vrai qu'il ajoute que « ces cas sont des exceptions à la règle générale.....; quelquefois aussi, une légère ménorrhagie suit leur usage, particulièrement à la première ou à la deuxième période menstruelle (*Vide Dublin quaterly Journal for* 1848, p. 395). »

Le docteur *Churchill,* de Dublin, décrit cette méthode de traiter les affections utérines comme « *une tentative dangereuse d'intervention mécanique* (*Vide Diseases of Women,* p. 110). » Plus loin, page 288, il ajoute : « Dans les cas de rétroversion ancienne, quoiqu'on remette l'utérus en place, il reprend bientôt sa position première, et on paraît, en définitive, n'avoir rien gagné..... A la première vue, l'instrument semble exactement répondre au but qu'on se propose; mais l'expérience a montré qu'on ne pouvait pas toujours s'en servir sans danger.... Deux cas m'ont été racontés, dans lesquels, l'instrument introduit occasionna une telle douleur, que chaque fois on dut le reti-

rer dans les vingt-quatre heures..... Somme toute, j'hésiterais à recommander un tel instrument. » En parlant de la dysménorrhée, le même auteur ajoute encore : « Non contents, cependant, de dilater graduellement les rétrécissements, *M. Simpson* et d'autres en ont conseillé la section au moyen d'un instrument ressemblant au lithotome caché, et la dilatation ultérieure au moyen de l'éponge préparée ou d'un dilatateur métallique. — J'avoue, dit *Churchill,* préférer le traitement le plus lent, mais le moins dangereux. Je ne puis admettre que l'utérus tolère, aussi bien qu'on le pense, la présence d'un corps étranger, et je pourrais citer plusieurs cas qui démontrent les résultats fâcheux de cette pratique intempestive. »

On peut voir, dans le *Dublin medical Press for* 1852, page 1, que le même auteur a vu des abcès pelviens résulter de l'usage des pessaires intra-utérins.

Le docteur Ashwell, de Londres, a vu également des accidents considérables résulter de l'usage de ces pessaires.

Dans un article qui a pour titre : « *Quelques causes de stérilité auxquelles on peut remédier au moyen d'un traitement mécanique,* » le docteur *Gream* remarque en passant que la pratique qui consiste à introduire des instruments dans l'utérus et à les y faire séjourner n'exigerait aucun commentaire, s'il n'était de toute nécessité de prévenir ceux qui seraient tentés de faire des expériences de tout le danger qui peut résulter d'une semblable introduction. Il dit que les cas ne sont pas rares dans lesquels beaucoup de mal a été fait par ces instruments, et les femmes qui ont pu les garder pendant un voyage de douze heures, pour venir à Londres, ont été le plus souvent très-enchantées de les faire retirer aussitôt leur arrivée : heureuses celles qui n'ont pas été obligées, comme cela est arrivé à d'autres, de subir un traitement destiné à remédier aux conséquences fâcheuses déjà produites. (*Vide Lancet for* 1849, vol. 1, p. 205.)

Dans une discussion qui eut lieu en 1852, dans la Société médico-chirurgicale de Londres, le docteur *Robert Lée* dit qu'il donnait des soins à une malade qui avait été d'abord soumise à

un traitement pour une ulcération du col, et qu'ensuite une rétroversion ayant été alléguée comme la cause de ses souffrances, un *horrible instrument avec une longue tige avait été introduit dans l'utérus....* Il ajouta que lorsque la malade fut presque tuée par *cette machine à empaler,* on la retira, mais la santé était dans un état deplorable. (*Vide Lancet for* 1852; vol. 1, p. 160.)

Le même accoucheur distingué a rapporté un cas à peu près semblable. « Une jeune femme commença, peu de temps après son mariage, à éprouver de fortes douleurs dans le dos et la partie inférieure de l'abdomen, avec leucorrhée ; elle consulta un praticien qui ordonna des injections, qu'elle employa pendant cinq mois sans éprouver aucun soulagement. Elle consulta alors un autre médecin qui la traita pour une ulcération, mais avec aussi peu de succès. Un troisième praticien consulté lui dit qu'elle n'avait jamais eu d'ulcération, que son véritable état avait été méconnu et mal traité, et que sa maladie consistait dans une rétroversion. Elle fut placée dans la position horizontale ; un instrument fut introduit dans l'utérus, en produisant des douleurs atroces. Les souffrances étant devenues intolérables, il fut retiré au bout d'une semaine. Un mois après, il fut réintroduit, mais quoique la douleur produite fût très-intense, la femme resta couchée sur le dos et porta l'instrument pendant six semaines. A cette époque, il le retira, et elle fut trop heureuse d'échapper la vie sauve des mains de son cruel exécuteur. » (*Vide Lancet for* 1851, vol. 1, p. 290.)

Voici maintenant l'opinion du docteur *Oldham :* « Pour ce qui regarde le redresseur utérin du docteur *Simpson,* je dois avouer que je n'ose plus m'en servir. Dès le principe, je fus frappé de son idée et je pensai qu'elle pourrait être d'un grand secours, non-seulement pour la rétroversion, mais aussi pour les chutes utérines anciennes. Quand je le mis à l'essai, je trouvai qu'il y avait beaucoup de difficultés pour l'introduction et qu'il développait une grande irritation de l'utérus, qui forçait à le retirer. Je ne doute pas que la matrice de certaines femmes ne puisse tolérer cet irritant local, mais la possibilité de dévelop-

per des accidents semblables à ceux que j'ai déjà vus me fait conclure d'une manière générale contre son adoption, surtout quand je songe que nous avons à notre disposition d'autres moyens auxquels on ne peut rien objecter. Je n'attache pas la même importance que le docteur *Simpson* au replacement de l'utérus comme moyen propre à diminuer son volume, et je suis persuadé que, dût-il en résulter un pareil avantage, il serait plus que contre-balancé par ce qu'il y a de fâcheux à porter une tige d'ivoire à demeure dans la cavité utérine. » (*Vide Guy's hospital reports for* 1849, p. 195.)

Peu de temps après avoir exprimé son opinion, le docteur *Oldham* recueillit deux observations suivies de mort, qui vinrent lui démontrer qu'il était dans le vrai. En parlant du traitement mécanique de la stérilité, il s'exprime de la manière suivante : « Les accoucheurs doivent se faire un grand scrupule d'encourager un mode de traitement d'une efficacité douteuse et qui peut mettre la vie en danger.... » Dans ces opérations, on court des chances hors de proportion avec le bien qu'on peut obtenir, et je vais raconter deux cas mortels qui sont venus à ma connaissance : je ne puis m'empêcher d'en conclure que d'autres cas analogues se sont présentés, mais n'ont pas été publiés à côté de ceux qui ont eu une issue plus heureuse.

1re *Observation.* — Le 7 avril 1849, je reçus du docteur *Golding-Bird* l'utérus et les annexes d'une dame qui était morte de péritonite causée par des tentatives qui avaient pour but de guérir la stérilité au moyen de la dilatation mécanique. Ces pièces anatomiques étaient accompagnées de la Note suivante :

« Une dame brune, âgée de 36 ans, mariée depuis plusieurs années, et qui n'avait jamais eu d'enfants, habitait la Jamaïque. Dès sa jeunesse, elle souffrait d'une dysménorrhée intense. Elle éprouvait toujours des douleurs pendant les rapprochements sexuels; elle était nerveuse, hystérique et excitable au dernier degré.

« Au mois de juin dernier, d'après l'avis de son médecin, elle vint à Londres tout exprès pour se faire dilater l'orifice utérin, chose que l'on avait déjà tentée avec des dilatateurs en cire. Le médecin accoucheur qui fut consulté à Londres fut du même avis, et crut que la stérilité et la dys-

ménorrhée dépendaient d'un rétrécissement de l'orifice utérin. Il agrandit l'orifice au moyen de l'instrument tranchant et introduisit des dilatateurs d'argent. Ce procédé produisit d'horribles souffrances, et bien qu'au premier abord la malade s'imaginât que les douleurs de la menstruation étaient diminuées, celles-ci ne tardèrent pas à devenir aussi intenses qu'auparavant, et en définitive, elle n'en éprouva aucun soulagement. Elle abandonna le traitement pour quelque temps ; mais elle ne tarda pas à le reprendre de nouveau, et des canules d'argent furent passées dans l'utérus et laissées à demeure : de nouveau, elle souffrit horriblement. Le samedi 31 mars, on introduisit un autre tube, et la souffrance fut intolérable. Des nausées et des frissons étant survenus, la patiente pria instamment sa sœur de retirer l'instrument, ce qu'elle réussit à faire. Comme son état empirait, un chirurgien du voisinage fut appelé et la trouva atteinte de péritonite, avec des phénomènes hystériques. Il survint presque aussitôt un état de collapsus, et elle continua à baisser jusqu'au mardi, époque à laquelle je la vis. Le pouls, filiforme, battait 200 fois par minute ; l'abdomen était distendu. Vomissements d'un liquide noirâtre ; irritabilité extrême. Tout traitement fut inutile, elle ne tarda pas à succomber.

« *Autopsie.* — Tout est sain dans la cavité abdominale, au-dessus d'une ligne allant d'une épine iliaque à l'autre ; au-dessous, il y avait une péritonite intense. Les circonvolutions de l'intestin y étaient recouvertes d'une lymphe comme butyreuse, et le bassin était rempli de pus liquide. L'ovaire et le ligament large droits étaient recouverts d'une même couche butyriforme, mais si faiblement adhérente, qu'elle s'enlevait au simple contact de l'eau.

« La cavité de l'utérus était remplie de mucus sanguinolent.

« L'utérus était plus gros qu'il ne l'est ordinairement chez la vierge. Il était arrondi à sa face antérieure ; il y avait à sa face postérieure une convexité saillante, qui, par la mollesse générale du tissu, montrait qu'il avait été le siége d'un engorgement récent. Les vaisseaux sanguins, sur toute la surface de l'utérus et des annexes, étaient injectés de sang, et cela se voyait surtout à l'extrémité frangée des trompes, aux ovaires, aux ligaments larges et ronds.

« A la surface antérieure du corps de l'utérus il y avait deux petites tumeurs fibreuses saillantes, du volume d'un gros et d'un petit pois. Le revêtement séreux était très-vasculaire ; les vaisseaux sanguins, sur ces tumeurs, étaient très-prononcés. Il y avait une petite tumeur dans la paroi postérieure. Lorsqu'on divisa la paroi antérieure, on la trouva fort hypertrophiée ; elle avait huit lignes d'épaisseur. La couche musculaire

était ramollie, les veines développées ; un stylet les traversait avec facilité. La longueur des cavités du col et du corps réunies était de 2 pouces 10 lignes. La muqueuse du corps était molle, légèrement boursouflée, et d'une teinte vermeille ; il suffisait de l'agiter dans l'eau pour l'enlever. A l'orifice interne de l'utérus, il existait une zone de vaisseaux sanguins très-injectés, interrompue dans un seul point ; la circonférence de cette ouverture était de 8 lignes. L'orifice externe offrait un bord net et lisse, sans aucune éraillure et aucune trace de division ; sa circonférence mesurait 1 pouce 1 ligne. Le col présentait ses caractères propres et ses follicules étaient vides de mucus. Sur la paroi antérieure qui avait subi la division, la muqueuse était irrégulière et ses plis lacérés transversalement. L'extrémité de la trompe droite était presque complétement fermée comme si cela eût été une disposition congénitale (l'ouverture en était très-petite). En l'ouvrant, l'extrémité frangée montrait ses riches plis de la muqueuse qui la caractérisent, qui étaient très-injectés, et recouverts de sang et de mucus. Les deux tiers restants du tube étaient sains en apparence, non vascularisés et perméables dans toute leur étendue.

« L'ovaire droit était ramolli et gros. Il y avait, à l'extrémité utérine de l'ovaire, un kyste assez volumineux pour contenir une petite noisette. Le stroma était gorgé de sang. Il n'y avait qu'un seul follicule de Graeff ratatiné. La surface de l'ovaire était épaisse et plissée.

« L'ovaire gauche était irrégulier dans sa forme ; une portion mamillaire saillante sortait de son extrémité externe. Lorsqu'on coupa cette portion saillante, on la trouva dure et vasculaire comme au début d'une maladie maligne : l'enveloppe ovarienne épaisse et ridée, le stroma vasculaire, quelques restes de vésicules de Graeff à parois ridées, et quelques caillots de différentees couleurs, noirs et brunâtres. La trompe gauche était vasculaire du côté du pavillon, saine quant à sa muqueuse ; son canal, perméable partout. Cette trompe communiquait avec l'utérus d'une manière plus directe que celle du côté opposé qui était plus flexueuse. Les veines et artères saines.

« Le ligament rond du côté droit est injecté ; le vagin sain. »

Le docteur *Oldham* ajoute : « Il n'est pas nécessaire de faire un long commentaire sur cette observation; elle offre un exemple des plus instructifs des effets dangereux de la dilatation, même entre des mains expérimentées, et de la grande prudence qui doit présider à l'entreprise de cette opération. Cette observation est également importante, en ce qu'elle prouve la difficulté de

découvrir la cause de la stérilité. Je suis sûr qu'*il n'y avait aucune espèce de rétrécissement morbide dans ce cas, et que l'orifice et le col de l'utérus, qui seuls furent traités, n'avaient rien à faire avec la dysménorrhée et la stérilité*, qui dépendaient sans doute de l'atrophie de l'ovaire ; et l'oblitération congénitale de l'extrémité de la trompe droite eût suffi pour exclure l'ovaire correspondant de toute participation à la fonction de reproduction.

2e *Observation.* — *M. Oldham* doit à *M. Bransby-Cooper* les détails de ce cas, qui se termina aussi fatalement que le précédent :

« Un grande dame, qui était mariée, recevait les soins de *M. Cooper* pour une fissure à l'anus très-douloureuse : il l'incisa et la guérit très-rapidement. Elle lui parla alors de ce qui était pour elle la cause d'un grand chagrin, c'est-à-dire de sa stérilité, qu'elle rattachait à son indifférence complète dans les rapprochements sexuels. *M. Cooper* examina les organes de la génération ; mais, comme il n'y découvrit rien qui réclamât les soins de la chirurgie, il adressa cette dame à un médecin-accoucheur. Celui-ci trouva l'utérus en rétroversion, et regarda cette déviation comme la cause probable de la stérilité ; il introduisit un pessaire utérin à tige, qui fit se développer une péritonite à laquelle la malade succomba en trois jours.»

Le docteur *Oldham* ajoute qu'il regrette qu'un cas aussi instructif n'ait pas été publié par l'accoucheur même dans la pratique duquel il a été observé. Son opinion d'ailleurs est que de simples déplacements en avant ou en arrière ne causent pas la stérilité si l'utérus n'est pas malade, et il ne peut s'empêcher de stigmatiser le redressement utérin en le qualifiant de méthode brutale et dangereuse.... Il pense aussi que l'antéversion ou la rétroversion d'un utérus peu volumineux, sans autre complication, n'occasionnent pas une grande gêne et qu'il vaut infiniment mieux ne pas y toucher et améliorer son tissu en même temps que toute l'économie, plutôt que de le suspendre en l'air sous le vain prétexte de le guérir. (*Vide Guy's Hospital reports for* 1849, p. 372.)

Dans un entretien récent que j'ai eu avec *M. Mongommery*, de Dublin, dont les travaux spéciaux et justement estimés sont

certainement connus de vous, ce savant confrère, interrogé par moi sur l'opinion qu'il s'était faite de la valeur du traitement mécanique dans les déviations utérines, m'a répondu que tout ce qu'il en savait, tout ce qu'il en avait vu l'avait intimement convaincu et de son impuissance et des graves dangers qu'il faisait courir aux femmes.

Dans un Mémoire que vient de publier (*in the Edimburgh, medical and surgical journal for april* 1854) *M. M. Duncan,* qui pratique à côté de *M. Simpson,* exprime une opinion à peu près semblable.

Il m'aurait été facile de multiplier encore le nombre des citations, mais je crois en avoir dit assez pour prouver qu'en Angleterre, comme en France, l'opinion générale s'était déjà hautement prononcée.

En parlant de l'hystéromètre, je me suis réservé de revenir sur l'emploi de cet instrument comme moyen de diagnostic ; car, quand on le fait agir dans le but d'opérer le redressement de la matrice, j'ai déjà signalé qu'il devait être considéré comme un véritable pessaire intra-utérin, avec cette différence seulement que le séjour du corps étranger étant de très-courte durée, il devait produire une irritation moins vive, et par conséquent, des accidents moins fréquents.

Il est d'autant plus important que je vous parle du cathétérisme de la matrice, que ce mode d'exploration n'a pas inspiré les mêmes défiances que les pessaires intra-utérins, qu'il a été accepté comme méthode générale par un certain nombre de praticiens distingués, et que même, chose que je ne puis comprendre, il a été conseillé par *Kiwisch,* comme moyen de diagnostic dans les cas de grossesse. Permettez-moi donc d'examiner rapidement, s'il est nécessaire dans la généralité des cas ; si dans quelques circonstances, au contraire, loin d'éclairer le diagnostic, il ne peut pas induire en erreur ; enfin, si les dangers qu'il fait courir aux femmes ne doivent pas le faire réserver, dans la pratique, uniquement pour les cas exceptionnels où le diagnostic de la déviation est incertain.

J'avoue qu'en réfléchissant à la facilité avec laquelle on résout,

en général, le diagnostic d'une déviation de l'utérus, je suis loin d'être édifié sur la nécessité du cathétérisme. La seule chose qui manque trop souvent, c'est qu'on n'est pas convenablement familiarisé avec les divers modes d'exploration que nous possédons, et qui suffisent presque toujours pour donner au diagnostic le degré de précision nécessaire. Je suppose l'utérus incliné en avant : le doigt, en suivant la paroi supérieure du vagin, après avoir constaté la direction du col en arrière, sera-t-il embarrassé pour reconnaître que la direction du corps est la même que celle du col, et que l'utérus tout entier est plus ou moins horizontalement placé ? Le vide qui existe au-dessus du col, vers la courbure du sacrum, et qu'on peut apprécier soit par le vagin, soit par le rectum, ne confirmera-t-il pas un diagnostic qui était déjà suffisamment fondé ? Mais, dira-t-on, comment distinguer l'antéversion de l'antéflexion ? C'est habituellement la chose du monde la plus simple. Dans cette dernière déviation, un peu au-dessus de l'insertion antérieure du vagin, existe une dépression transversale plus ou moins profonde, surmontée par une saillie formée par la paroi antérieure et souvent même par le fond de la matrice. La dépression s'étend à toute la largeur de l'organe, dont on peut suivre les bords recourbés en arc de cercle. Le col, d'ailleurs, occupe sa place habituelle, ou bien, dans certains cas, il est lui-même dirigé en avant.

Pour les déplacements en arrière, même facilité dans presque toutes les circonstances, soit pour les distinguer de ceux qui ont lieu en avant, soit pour éviter de confondre la rétroversion avec la rétroflexion. Ici, surtout, le toucher rectal sera avantageusement associé à l'examen vaginal, sans compter que, dans toutes les explorations, on devra, après avoir placé la femme dans une position convenable, chercher, avec la main qui déprime préalablement les parois abdominales, la direction de la partie supérieure de l'utérus.

Veut-on savoir si cet organe a augmenté de volume partiellement ou d'une manière générale ? Avec le doigt dans le vagin, on se rend facilement compte de la manière d'être de la portion vaginale du col, et au-dessus, de ce qu'on désigne généralement

sous le nom de segment inférieur. L'augmentation de volume porte-t-elle uniquement sur la paroi antérieure, la saillie qui existe en avant ne sera prise ni pour une antéflexion, ni pour une antéversion, si on se donne la peine d'explorer en arrière, soit par le vagin, soit surtout par le rectum.

Si elle existe sur la paroi postérieure seulement, un examen correspondant et des résultats inverses suffiront presque toujours à quiconque a de l'habitude.

Pour constater l'augmentation qui est générale, une première investigation, faite avec le doigt placé dans le vagin et promené circulairement en repoussant la partie supérieure de ce canal aussi haut que possible, donnera d'abord la sensation d'un corps plus volumineux, plus lourd et moins mobile; puis, si on place ce doigt sur le col et qu'avec l'autre main on cherche dans le bassin à travers les parois abdominales déprimées, on parviendra, dans la plupart des cas, à fixer de la sorte l'utérus entre ses deux mains et à se faire une idée suffisamment exacte de l'étendue de son diamètre vertical. Est-il donc besoin de savoir, à quelques millimètres près, quelle est la profondeur de la cavité utérine? Quant à l'abaissement, je n'ai pas besoin de dire que l'hystéromètre est complétement inutile pour apprendre à le reconnaître.

Mais il y a plus, non-seulement l'hystéromètre n'est d'aucune nécessité dans la plupart des cas qui s'offrent aux praticiens, mais il peut, dans certaines circonstances, faire commettre des erreurs. Je suppose, par exemple, une tumeur fibreuse d'un petit volume, développée dans la paroi antérieure de la matrice et ayant plus de tendance à faire saillie vers la cavité utérine qu'à l'extérieur, qu'arrivera-t-il si on introduit une sonde? Celle-ci, après avoir franchi le col, rencontrera un obstacle en avant, et pour la faire pénétrer sans difficulté, il faudra diriger sa courbure en arrière. Or, admettez qu'une autre tumeur existe simultanément sur la paroi postérieure, et il deviendra facile de comprendre qu'on puisse s'en laisser imposer et croire à une rétroflexion ou à une rétroversion. D'autres conditions se présentent encore, dans lesquelles il serait aussi facile de se laisser

tromper ; mais il me suffit d'avoir appelé votre attention sur l'une d'elles.

Dira-t-on que l'hystéromètre permet d'apprécier le degré de mobilité de l'utérus ? La chose est possible, mais on n'a pas besoin de lui pour obtenir ce même résultat. Un doigt suffisamment exercé donne en général, sous ce rapport, toutes les notions désirables.

Cependant, je suis loin de nier que le cathétérisme ne puisse être utilement employé dans quelques cas ; c'est ainsi que le diagnostic des polypes intra-utérins ou des autres tumeurs existant dans la cavité, pourra être rendu plus facile et plus précis ; c'est encore avec l'hystéromètre qu'on se tirera d'embarras quand on devra décider si une tumeur qui existe en arrière est formée par la paroi postérieure de l'utérus, ou bien si elle en est indépendante. Mais ces cas et quelques autres que je pourrais citer encore ne se rencontrent qu'exceptionnellement et s'annoncent d'ailleurs avec d'autres caractères généraux qui concourent aussi à mettre sur la voie.

En réfléchissant à tout ce qu'on a entrepris depuis quelques années contre l'utérus, qu'autrefois on osait à peine regarder, on ne peut s'empêcher de se demander si nos devanciers étaient trop timides, ou si nous ne sommes pas devenus trop téméraires. Il y a du vrai dans ces deux propositions, mais surtout dans la dernière, et pour vous convaincre sur ce point, il me suffirait, si j'en avais le temps, de vous rappeler tout ce qu'on a fait depuis vingt-cinq ans sous le prétexte de perfectionner le traitement des affections utérines.

Il faut bien se garder de faire du cathétérisme une méthode générale. C'est un mode d'exploration qu'il faut réserver pour les cas où il est indispensable, car on va voir que l'introduction d'une sonde n'est pas chose aussi simple qu'on l'a prétendu.

Si vous consultez, en effet, les observations qui ont été publiées, vous y verrez que, presque toujours, cette opération, qu'on dit simple, a produit des douleurs plus ou moins vives ; qu'elle a fait apparaître à peu près constamment une certaine quantité de sang et même des pertes ; que quelques femmes ont

eu du frisson et de la fièvre ; d'autres, de véritables métrites ou des péritonites ; et, s'il est vrai qu'on soit habituellement parvenu à maîtriser ces accidents et à calmer même, dans certains cas, l'irritabilité utérine, il faut savoir que beaucoup de femmes, moins heureuses, ont payé de leur vie une investigation dont on aurait pu se passer.

La question que nous avons eu à examiner est trop neuve et trop importante pour que je ne fasse pas passer sous vos yeux un certain nombre des faits malheureux que j'ai pu réunir. J'espère qu'ils porteront avec eux un enseignement qui ne sera pas perdu pour l'avenir.

Voici une première *observation de péritonite mortelle, survenue à la suite d'un simple cathétérisme utérin;* elle m'a été communiquée par mon excellent ami le docteur *Noël G. de Mussy :*

« Une femme de chambre était affectée de douleurs lumbo-inguinales telles, qu'elle fut obligée de suspendre son service et de réclamer mes soins. Elle ne pouvait marcher longtemps, et surtout se tenir debout, sans éprouver des exacerbations et des souffrances qui lui arrachaient des cris. Je l'examinai, et je constatai un *abaissement de l'utérus avec rétroflexion et érosion granulée du col.* Je la fis entrer dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine. — L'érosion fut d'abord traitée par la cautérisation ; puis, voyant que les douleurs persistaient, j'essayai, sans obtenir de soulagement, des injections, des bains minéraux, etc.; alors je me décidai à recourir au pessaire *Simpson;* mais auparavant je voulus, suivant le précepte, pratiquer le cathétérisme utérin ; je me servis de l'hystéromètre de *M. Huguier,* et, quand il fut introduit, il me fut facile de redresser l'utérus : l'opération fut peu douloureuse, et il ne s'écoula qu'une toute petite goutte de sang. Peu d'instants après, la visite de la salle étant finie, je revins auprès de la malade, et elle me dit qu'elle éprouvait de la fatigue et de la douleur au ventre : je prescrivis un bain. Le soir, la douleur était plus vive.

« Le lendemain matin, les douleurs continuent et s'accompagnent d'un peu d'accélération du pouls. Des lavements laudanisés furent prescrits; mais les douleurs persistèrent et prirent bientôt le caractère de celles qui appartiennent à une péritonite. Celle-ci fut énergiquement combattue par les évacuations sanguines et les mercuriaux ; mais la malade succomba au bout de trois ou quatre jours.

« L'autopsie ayant été interdite par la famille, je me bornai à extraire l'utérus par le vagin, suivant la méthode de *Récamier* : un flot de pus et de sang s'écoula du ventre, quand on pénétra dans le péritoine. L'utérus était parfaitement sain ; la muqueuse en était pâle, ferme, et complétement intacte. Dans chacune des trompes, il y avait un petit épanchement sanguin. »

Dans le fait qui va suivre, et qui est emprunté à la pratique de *M. Huguier,* dont on ne contestera pas l'habileté, *un avortement suivi de mort fut provoqué à deux mois et demi environ, par l'introduction de l'hystéromètre.*

Voici le résumé de l'observation qui a été recueillie par *M. Perrel,* interne du service :

« La nommée A.-P. P..., âgée de 33 ans, entra à l'hôpital Beaujon le 5 octobre 1853. Mariée à 17 ans, elle a eu trois enfants. Chaque accouchement eut lieu à terme et se termina heureusement : le dernier remonte à cinq ans. Depuis quinze mois environ, elle se plaint d'une grande pesanteur à l'hypogastre, de fréquentes envies d'uriner et de ténesme rectal, de quelques troubles dans les fonctions digestives. Cependant, elle a pu continuer toutes ses occupations jusqu'à son entrée à l'hôpital.

« Le lendemain de son entrée, *M. Huguier* examine la malade et trouve le col fortement porté en arrière ; à droite et en avant, existe une tumeur formée par la paroi antérieure de l'utérus. L'hystéromètre est introduit et pénètre à 10 centimètres. On note *antéflexion avec latéro-flexion légère à droite.*

« Le 9, des douleurs abdominales très-vives existent ; il y a de la tympanite, des vomissements bilieux, de la fièvre, une hémorrhagie utérine légère, etc. Dans la journée, de gros caillots sont rendus, et une fausse couche est faite.

« Malgré un traitement assez énergique, les accidents font des progrès. Le 12, la fièvre a augmenté, et le soir, l'état de la malade était fort grave : peau chaude et sèche ; pouls à 110, petit, filiforme ; face anxieuse ; langue chargée ; haleine fétide ; tympanite considérable ; douleurs très-vives dans l'abdomen ; écoulement d'un liquide sanguinolent par la vulve.

« Pour combattre la métro-péritonite, on a recours au calomel à doses fractionnées et aux frictions mercurielles sur le ventre, etc. Tout ce qu'on fit fut inutile, l'état devint de plus en plus grave, et la mort survint le 16 du même mois.

« A l'autopsie, faite 24 heures après, on trouve dans le péritoine un épanchement séro-purulent considérable, avec de nombreux flocons albumineux. Dans les points déclives, c'est du pus presque pur qui existe.

« L'utérus est volumineux et remonte au-dessus du détroit supérieur ; son tissu est rougeâtre et ramolli. Le col est ouvert. La cavité est couverte d'un enduit rougeâtre et crémeux. A droite et en avant, il y a des inégalités dans l'espace de 2 à 3 centimètres carrés ; une petite portion du placenta adhère encore à l'organe. Il existait aussi au niveau de l'orifice interne et sur la paroi postérieure, une petite perte de substance à fond grisâtre et pulpeux. »

Qu'on ne s'imagine pas que ce résultat malheureux ne se soit que très-rarement présenté jusqu'à ce jour. A tous les accidents déjà connus et qui résultent de l'introduction d'un corps étranger dans l'utérus, il faut ajouter la possibilité de la provocation de l'avortement. Ce nouveau danger mérite d'être pris en très-sérieuse considération, car l'homme le plus expérimenté n'est pas toujours sûr de l'éviter. Il n'est pas constamment facile de constater l'existence d'une grossesse qui ne remonte qu'à quelques semaines, et je vous laisse à penser ce qui arriverait dans la pratique, si on prenait l'habitude de sonder la matrice à tout propos.

Quand des hommes comme MM. Huguier, Nonat, Valleix et plusieurs autres n'ont pu éviter un pareil écueil, quand on songe combien les renseignements fournis par les femmes sont souvent incomplets, sans compter les cas où elles ont intérêt à nous induire en erreur, on est forcément conduit à observer la plus grande réserve et à n'employer une chose bonne mais dangereuse, que quand elle est indispensable.

Ne perdons pas de vue, d'ailleurs, qu'une semblable méthode, si elle se généralisait, servirait à multiplier encore les tentatives criminelles en leur servant d'excuse, ou tout au moins de prétexte.

Je dois à la vérité de faire savoir à mes confrères, m'écrit M. Nonat, que dans deux cas j'ai eu le malheur de déterminer l'avortement par le cathétérisme utérin.

Dans un premier fait, il s'agit d'une femme qui souffrait depuis deux ans dans le bas-ventre. Elle prétendait qu'elle avait des pertes rouges depuis trois ou quatre mois. L'utérus était plus développé que dans l'état normal, il dépassait le pubis de un ou deux doigts. Le col était augmenté de volume et se trouvait à une grande distance de la vulve. J'explorai avec soin le corps de la matrice, et je ne pus découvrir la présence d'un corps étranger dans sa cavité.

En raison des pertes qui duraient depuis longtemps, je crus à un engorgement de l'utérus, et j'éloignai l'idée d'une grossesse.

Dans le but d'éclairer le diagnostic, je pratiquai le cathétérisme de l'utérus. Au bout de quelques jours, la malade fut prise d'une perte de sang et de douleurs utérines, à la suite desquelles elle fit une fausse couche de six semaines ou deux mois.

Le rétablissement a d'ailleurs été complet.

Dans le deuxième fait, qui est tout récent, il s'agit d'une femme, qui avait depuis six ans une inflammation du ligament large droit, et qui déjà, à plusieurs reprises, avait réclamé mes soins pour cette affection.

Elle entra une quatrième fois dans mon service, à la Pitié, souffrant beaucoup dans le bas du ventre, à droite principalement. Elle avait une suppression de règles depuis huit mois. Après un traitement antiphlogistique, comme les douleurs persistaient, je crus devoir explorer la cavité de l'utérus. L'hystéromètre introduit pénétra à 7 centimètres et demi. Au bout de quelques jours, la malade vit un peu en rouge, et vers le douzième, elle fit une fausse couche de deux mois environ.

Ces faits nous montrent, ajoute *M. Nonat,* combien on doit apporter de prudence dans l'emploi du cathétérisme utérin. Il ne faut pas le considérer comme exempt de danger.

En voici d'ailleurs un autre, qui prouve que, malgré toute son expérience, *M. Valleix* lui-même n'a pas toujours su éviter le malheur dont il n'existe déjà que trop d'exemples :

Observation de fausse couche provoquée par l'emploi de la sonde utérine, chez une femme du service de M. Valleix. — Dans le courant de l'année 1852, une femme entra dans les salles de l'hôpital de la Pitié, et par le toucher, on reconnut qu'elle était atteinte d'une déviation utérine. M. Valleix procéda alors à l'examen avec l'hystéromètre, et fut étonné de voir l'instrument pénétrer à plus de 8 centimètres. La malade avoua alors qu'elle avait un retard dans ses règles. Quelques jours après, elle fut prise

de douleurs et avorta ; c'était au reste tout ce qu'elle désirait, car elle ne cacha pas son contentement de l'événement qui était arrivé.

Si, pour proscrire une méthode thérapeutique, il suffisait de pouvoir lui imputer quelques insuccès et même quelques revers graves, je suis de l'avis de M. Valleix, il faudrait renoncer à toute intervention dans le traitement des maladies, car les moyens les plus simples et le plus habituellement inoffensifs peuvent quelquefois devenir mortels. Mais le traitement mécanique des déviations utérines est-il un moyen simple, est-il un moyen habituellement inoffensif? L'expérience, trop longue à mon avis, qui en a déjà été faite, ne permet pas qu'on reste plus longtemps dans le doute.

Quand même je me serais trompé dans tout ce qui précède; quand il serait vrai que les déviations entraînassent toutes les incommodités et produisissent tous les accidents dont on a tracé le tableau ; quand même la thérapeutique serait entièrement désarmée, ne serait-il pas plus raisonnable et plus sage d'avouer son impuissance, ou du moins de chercher des moyens de soulagement et de guérison dans une voie moins périlleuse ?

Pour que vous puissiez en juger d'une manière complète, il ne me reste plus qu'à dérouler sous vos yeux une nouvelle série d'accidents graves et variés dont plusieurs ont été mortels, et qui ont été le résultat du traitement mécanique.

Prenons d'abord les faits qui ont été publiés, et soumettons-les à une troisième et dernière analyse, pour apprendre d'eux les accidents qui ont été produits par l'application d'une méthode qu'on dit à peu près inoffensive.

Mais, en ce qui concerne M. Valleix, j'ai une remarque préliminaire à faire. Il donne le nom de règles à presque toutes les pertes sanguines qui sont survenues pendant le cours du traitement. Toutefois, en suivant rigoureusement les faits et les dates, il m'a été facile de voir qu'il s'était souvent trompé, et que ces prétendues règles n'étaient autre chose que de véritables hémorrhagies souvent considérables. Ce ne sont pas, d'ailleurs, comme on va s'en convaincre, les seuls accidents qui se trouvent indiqués dans ses observations.

Observations de M. Valleix.

1er *fait.* — Le redresseur a dû être retiré, parce qu'il avait déterminé de la douleur abdominale et du gonflement.

2e *fait.* — Le cathétérisme est suivi d'un petit écoulement de sang.

Le redresseur, appliqué trois jours après, fatigua la malade et on le retira au bout de deux heures, *à cause de l'apparition des règles, dix ou douze jours avant leur époque; elles sont plus abondantes que de coutume.*

Après une assez longue interruption, l'instrument est remis et provoque encore, après quelques jours, des *règles abondantes* qui durent jusqu'à douze jours.

3e *fait.— Il y avait un retard dans les règles de quinze jours.* Le redresseur est cependant appliqué; on ne le laisse que quatre jours, *à cause des règles abondantes* Deux nouvelles applications de courte durée *donnèrent lieu à des coliques utérines et à des règles abondantes.*

4e *fait.* — Un simple cathétérisme, prolongé près de vingt minutes, suffit pour produire *de la courbature, de légers frissons et des règles abondantes et très-douloureuses, en avance de trois jours.*

Deux nouveaux cathétérismes produisirent encore un écoulement de sang, mais peu abondant.

Un redresseur est appliqué et laissé pendant sept jours. On l'enlève, parce qu'il survient une *hémorrhagie* assez abondante.

Une nouvelle application est suivie du *même accident.* Il en fut de même une quatrième fois, quoiqu'on donne toujours le nom de *règles* à de véritables pertes.

6e *fait.* — Ici encore, le redresseur doit être retiré, à cause de l'apparition *de règles abondantes, qui durent neuf jours au lieu de cinq ou six, et qui sont douloureuses.*

7e *fait.* — On ne dit pas que la sonde ait produit d'accident. Mais le redresseur provoqua *des règles abondantes et qui durèrent huit jours.*

9e *fait.* — Exemple de cathétérisme difficile.

Le redresseur provoqua l'apparition des règles.

On dit que la malade sort bien portante, mais huit jours après, elle rentre à l'hôpital, ayant eu *des frissons, de la fièvre avec sueurs abondantes, de la céphalalgie, des vomissements, de la tension du ventre et des douleurs vives dans l'hypogastre. On trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse, dure, non fluctuante, communiquant avec le vagin, dont la paroi correspondante était chaude et douloureuse.*

Un traitement énergique procura la guérison.

Pour M. Valleix, le redresseur n'a été pour rien dans tout cela, et pour expliquer les accidents, il se contente de dire que la malade s'était fatiguée après sa sortie de l'hôpital.

10e *fait.* — Après six cathétérismes, on applique le redresseur. *L'opération fut suivie de quelques coliques qui reparurent le soir, pour disparaître ensuite.* Le lendemain, il s'écoula un peu de sang; trois jours après, les *règles,* qui n'étaient attendues qu'une semaine plus tard, apparurent: *elles furent plus abondantes que de coutume.*

Une seconde fois, l'instrument est porté pendant seize jours; mais on est forcé de le *retirer, à cause du retour des règles, encore avancées de plusieurs jours.* Je cite toujours les paroles de *M. Valleix.*

Un peu plus loin, il est dit que la malade, étant un peu anémique, il fallut lui donner du fer.

C'est, sans aucun doute, le résultat des pertes successives.

12e *fait.* — La malade a été cathétérisée quatre fois; puis on met un redresseur, et, au bout de neuf jours, on l'enlève, parce qu'il survient des *règles assez abondantes et assez persistantes* pour qu'il faille recourir au tannin et au seigle ergoté.

13e *fait.* — Ici, le redresseur, introduit le 9 août, fut retiré le 14, parce que les *règles* apparurent. Il est permis de supposer que ces règles étaient une simple hémorrhagie, sans cela il faudrait admettre que *M. Valleix* s'est mis en opposition avec le conseil qu'il donne ailleurs, à savoir que l'instrument ne doit jamais être appliqué si près d'une période menstruelle.

14e *fait.* — Observation où, comme dans presque toutes les autres, chaque application du redresseur a produit de véritables pertes auxquelles on persiste à donner le nom de *règles,* quoique, indépendamment des autres raisons, la simple comparaison des dates suffise pour prouver que ce sont des hémorrhagies qui n'ont rien de commun avec les *règles.*

14e *fait* (*bis*). — L'introduction de la sonde et du redresseur fut très-difficile et très-douloureuse.

15e *fait.* — Une première fois, le redresseur ne put rester que deux jours, à cause de *l'apparition des règles,* qui furent *beaucoup plus abondantes que de coutume.*

Plus tard, le traitement, suspendu à cause d'une variole, est repris. Les premières fois, *l'introduction fut tellement douloureuse que la malade eut des lypothymies, et presque des syncopes :* elle restait *deux heures couchée, sans pouvoir faire un mouvement.*

Un peu plus tard encore, il survint une *légère inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, avec apparition de points névralgiques nombreux.* — La malade a guéri.

18e *fait.* — Le redresseur à tige articulée est appliqué. L'opération fut très-douloureuse, *suivie d'une espèce de syncope* et de coliques utérines pendant deux heures et demie.

Cependant l'utérus s'y habitua et la supporta pendant 49 jours.

19e *fait.* — Le même instrument produit pendant trois jours de la *courbature et des coliques utérines*; puis il est supporté pendant 48 jours.

Un seconde application provoque des *règles* douloureuses.

Faits de M. Gaussail.

1er *fait.* — Il résulte des détails consignés dans cette première observation, que l'introduction de la sonde ou du redresseur a toujours été suivie de douleurs vives.

Une perte sanguine a été le résultat constant de l'emploi du redresseur. Abondante et prolongée d'abord, elle a été en diminuant à mesure que la santé de la femme s'améliorait.

2e *fait.* — Ici encore les nombreuses applications du redresseur qui ont été faites pendant vingt-six mois, ont constamment provoqué des *douleurs vives* et des *pertes sanguines* qui, cependant, se calmaient assez vite.

3e *fait.* — L'introduction des instruments est *très-douloureuse.*

Ils occasionnent aussi de vives douleurs dans les parties génitales externes.

4e *fait.* — Les diverses manœuvres ont produit de *vives douleurs.*

5e *fait.* — D'abord bien supporté, l'instrument ne tarda pas à provoquer une *vive irritation*, des règles exhubérantes et douloureuses.

Après deux tentatives nouvelles, on dit que la malade *s'en trouve mal, elle est énervée, elle souffre.*

On essaie de nouveau, les douleurs deviennent plus vives et plus persistantes. *Des règles* douloureuses et avec caillots surviennent.

Enfin, dernière tentative ; mais trois heures après il faut retirer l'instrument. Les douleurs sont encore beaucoup plus intenses. Un écoulement sanguin léger a lieu.

Faits de M. Piachaud.

1er *fait.* — L'application de l'instrument a produit des douleurs, de l'agitation, de l'insomnie, et toujours un écoulement sanguin, qui, dans un moment, est devenu une *véritable perte avec caillots*, qu'il a fallu combattre avec des compresses d'eau froide sur le ventre, le seigle ergoté, etc.

2e *fait.* — Le redresseur a été mieux supporté, mais il a cependant produit un écoulement sanguin.

3e *fait.* — La sonde occasionne de vives douleurs dans le bas-ventre.

Le redresseur ne produit pas de douleur, mais un peu d'angoisse et un suintement sanguinolent, qui devient parfois plus considérable, et qui s'accompagne de douleurs dans les reins.

Avec le temps, cependant, l'utérus semble s'habituer au contact du corps étranger.

Ainsi, avec des hémorrhagies presque constantes et quelquefois graves, nous trouvons des douleurs utérines et abdominales, des frissons, de la fièvre, des syncopes, des phlegmons péri-utérins et de la fosse iliaque.

Mais ce n'est pas seulement dans la pratique des médecins que je viens de citer, que de pareils accidents ont été observés. Tous ceux qui les ont imités en ont constaté de semblables. Je dois à *M. Huguier* la communication des trois faits suivants.

Disons d'abord que, dès 1847, ce médecin avait employé, dans des cas de rétroflexions, des sondes en gomme élastique, munies d'un léger mandrin et laissées à demeure.

Il dut bientôt y renoncer, car, dans un de ses essais, il survint une hémorrhagie et une métro-péritonite très-intense, et, dans un second, une métro-péritonite très-grave.

« La nommée L. M...., âgée de 41 ans, entra à l'hôpital Beaujon, le 16 février 1852. Une *rétroflexion* ayant été constatée, on appliqua le pessaire *Simpson*. Quatre jours après, la malade fut prise de tous les symptômes d'une métrite aiguë des mieux caractérisées. L'instrument fut immédiatement retiré. On eut recours à un traitement antiphlogistique ; et ce ne fut que près d'un mois après qu'elle put quitter l'hôpital. *La rétroflexion de l'utérus était la même.*

« La nommée F. L.... fut reçue, le 21 septembre 1852, dans le service de *M. Huguier*, qui constate, ainsi que son collègue, *M. Valleix*, une *rétroflexion*. C'est ce dernier qui se charge de l'application du redresseur, et il l'introduit le 9 juin. Le 10, élancements très-vifs dans la matrice; douleurs aiguës dans les reins, les aines et le membre inférieur gauche. Plus tard, hémorrhagies pour lesquelles on est obligé de recourir au seigle ergoté, besoins de pousser, etc. Enfin, le 29, les accidents continuant, *M. Huguier* retire le redresseur : le calme renaît alors ; la malade se trouve dans un autre monde (selon son expression). Le 4 février, la *rétroflexion* est tout aussi prononcée qu'avant le traitement. Le 6 mars, *M. Huguier* fait une nouvelle tentative avec le pessaire *Simpson*. Le 8, des pertes sanguines surviennent, durent plusieurs jours, affaiblissent beaucoup la femme, et l'obligent à retirer le redresseur. La rétroflexion persistant toujours, il la traite par les mèches dans le rectum.

« Le 7 avril 1852, entra, dans le service de *M. Huguier*, la nommée

H.... (A.), âgée de 29 ans. Le 12, on reconnut une *rétroflexion*. Le 27, on appliqua le pessaire *Simpson* modifié. Le lendemain, fièvre violente qui augmente le soir ; douleurs dans le bas-ventre et les cuisses ; diarrhée abondante. Le 29, perte sanguine. Le 30, tous les accidents ont augmenté ; les douleurs sont intolérables. Le 2 mai, *M. Huguier* est forcé de retirer l'instrument : dès ce moment, les accidents se calment, et, sur sa demande, la malade quitte l'hôpital quelques jours après. »

Ce ne sont pas les seuls cas dans lesquels *M. Huguier* ait vu des accidents graves résulter de l'emploi du redresseur interne. — De son côté, notre collègue, *M. Cazeaux*, m'a transmis l'observation que voici :

« Madame G...., âgée de 30 ans, et déjà mère de deux enfants, vint à Paris en 1848, réclamer les soins de M. Rayer, qui voulut bien me l'adresser. Depuis son dernier accouchement, qui datait alors de cinq ans, madame G.... avait ressenti une notable altération dans sa santé. Elle était presque constamment souffrante dans l'intervalle des règles, et pouvait à peine faire une courte promenade sans ressentir aussitôt une pesanteur très-vive dans les reins, des douleurs aiguës avec tiraillement dans les aines et les membres. Chaque époque menstruelle était accompagnée pendant les trois premiers jours de douleurs atroces et très-souvent suivie d'une véritable hémorrhagie le troisième et le quatrième jour de l'écoulement. Puis les douleurs et la perte cessaient pour se reproduire le mois suivant. Un examen, fait en présence de M. Rayer, permit de constater : 1° un engorgement assez considérable du col de l'utérus, dont chacune des lèvres offrait une ulcération de la largeur d'une pièce de cinq francs. Cette ulcération se prolongeait évidemment dans la cavité du col ; 2° un abaissement léger avec rétroversion légère aussi de la totalité de l'organe.

« Il est inutile d'insister sur divers moyens mis en usage pour combattre cette maladie ; la cautérisation au fer rouge fit assez rapidement disparaître l'affection du col. Plus tard, la cautérisation de la cavité même du corps utérin par le nitrate d'argent, les bains sulfureux ; puis plus tard encore, l'hydrothérapie et l'usage du pessaire Garriel produisirent dans l'état de madame G.... une amélioration tellement notable, que pendant l'été de 1852, la malade pouvait faire d'assez longues courses à pied et en voiture ; les règles encore parfois douloureuses, n'étaient que très-rarement hémorrhagiques, l'embonpoint était revenu, etc.

« Malheureusement, madame G.... s'impatientait de l'emploi du pessaire. Les règles s'accompagnaient encore de douleurs quelquefois ; elle craignait toujours de voir reparaître les anciens accidents, et fortement en-

gagée a consulter *M. Valleix,* elle se décida à faire appeler cet honorable confrère.

« Celui-ci n'hésita pas à déclarer que toutes les incommodités dont se plaignait madame G.... devaient infailliblement disparaître devant l'emploi du redresseur, et que jamais il n'avait rencontré un cas plus favorable à l'emploi de son instrument. En un mot, il était sûr du succès (ce sont au moins les paroles qui m'ont été rapportées par le mari et la malade elle-même).

« Devant une pareille affirmation, on n'hésite plus, et au mois de décembre 1852, *M. Valleix* commence le traitement. Le cathétérisme utérin fut d'abord pratiqué un certain nombre de fois, puis enfin le redresseur fut laissé à demeure ; mais dès la seconde ou troisième application de l'instrument, des accidents graves se manifestèrent. Des sangsues sont appliquées en assez grand nombre ; les douleurs abdominales sont très-vives, plusieurs nuits se passent sans sommeil.

« Je ne puis savoir au juste la succession des phénomènes et quels furent les moyens (certainement très-rationnels) qui furent employés, ce que je puis dire seulement, c'est qu'ayant été rappelé auprès de madame G.... le 4 février 1853, je fus bien affligé de retrouver aussi gravement malade une jeune femme que, quelques mois auparavant, j'avais laissée à peu près bien portante : facies profondément altéré ; 120 pulsations ; sensibilité assez vive de toute la région sous-ombilicale. Mais ce qui m'effraya le plus, ce fut de trouver toute cette région occupée par une tumeur dure, inégale et aussi grosse au moins que la tête d'un adulte. A l'aide du toucher et du palper, je pus reconnaître un énorme phlegmon péri-utérin.

« J'insistai vivement pour avoir une consultation avec *M. Valleix,* la malade s'y refusa obstinément. *M. Rayer* fut appelé et constata comme moi ce que je viens de décrire. Je ne ferai pas l'histoire de tous les accidents consécutifs qui, à deux reprises, ont compromis gravement l'existence de la malade ; il me suffira de dire qu'après quinze mois de séjour au lit, madame G.... conserve encore aujourd'hui, malgré les soins éclairés de MM. Rayer, Chomel et Nélaton, une tumeur du volume du poing et qui devient fréquemment le siége d'une suppuration dont le pus s'écoule par le rectum. Il est impossible de dire combien de temps encore madame G.... aura à souffrir de cette malheureuse tentative. »

Observation de métro-péritonite survenue à la suite de l'application du redresseur utérin, recueillie par *M. Gaube,* interne à la Pitié, dans le service de *M. Aran.* En voici le résumé :

« Une femme de 31 ans, d'une assez bonne constitution, quoique lym-

phatique, entra à l'hôpital le 9 novembre 1852. Régulièrement réglée depuis l'âge de 16 ans, elle avait eu trois enfants, et le dernier il y avait vingt mois.

« A la suite de son dernier accouchement, elle éprouva quelques douleurs dans le bas-ventre, qui furent bientôt remplacées par un sentiment de pesanteur. Quinze jours avant son entrée, elle consulta un médecin qui reconnut un abaissement et qui lui appliqua un pessaire. Elle le portait encore lorsque M. Aran l'examina. Un abaissement sans déviation fut constaté. Après avoir calmé une vive irritation du vagin produite par le corps étranger, le redresseur modifié par *M. Valleix* fut introduit le 11 décembre. Comme il s'était déplacé dans la nuit du 13, on le réappliqua le 14. Il fut parfaitement supporté, cependant on le retira le 18.

« Réappliqué le 24, il détermina, deux heures après, un écoulement de sang qui dura jusqu'au 26 au matin, époque où il fut enlevé définitivement à cause d'une douleur assez vive qui se fit sentir. Dans la soirée, le ventre devint très-sensible. Dans la nuit, une fièvre intense s'alluma, le pouls monta à 120 ou 124 pulsations. On constata de la matité dans la partie inférieure de l'abdomen ; des vomissements bilieux survinrent. Il était impossible de ne pas reconnaître une *métro-péritonite* intense, qui fut heureusement enrayée par un traitement des plus énergiques. Au bout de six semaines, cette femme put quitter l'hôpital, et, chose assez singulière, qui prouve une fois de plus combien l'influence fâcheuse des déviations a été exagérée, la matrice fut trouvée abaissée en masse et fortement antéfléchie, et cependant cette femme n'éprouvait plus de douleurs et put reprendre ses travaux. Elle a été revue depuis à la consultation de l'hôpital, les 28 mars, 11 avril, et le 3 juin, la disposition de l'utérus était la même et la santé excellente. La menstruation s'était rétablie régulièrement.»

M. Nonat n'a jamais osé se servir du pessaire intra-utérin, mais il a eu occasion d'observer six malades chez lesquelles on l'avait employé, et il déclare que pas une ne s'est bien trouvée de ce mode de traitement. Des accidents sont survenus et le déplacement n'a subi aucune modification.

Dans un cas, une antéversion fut traitée, dans le service de *M. Valleix,* par le redresseur qui, dans l'espace de huit mois, fut porté soixante-douze jours. La femme, après avoir éprouvé des symptômes de métrite aiguë, vint réclamer les soins de *M. Nonat,* qui constata une antéversion très-caractérisée, avec engorgement du tissu cellulaire péri-utérin et une métrite interne. Un traitement ordinaire, sans s'inquiéter de la déviation, a suffi pour guérir la malade.

Le deuxième cas est relatif à une femme qui avait une rétroversion et un engorgement péri-utérin qui rendait l'utérus immobile. Après avoir passé six semaines dans la division de *M. Nonat,* elle s'adressa à *M. Valleix,* qui lui appliqua le redresseur. L'instrument occasionna de vives douleurs et ne put être supporté que trois jours. Quinze jours après, on fit une nouvelle application qui fut suivie des mêmes accidents et de phénomènes hystériques qui ont persisté pendant longtemps. De plus, elle présenta tous les symptômes qui caractérisent un abcès pelvien : celui-ci, en effet, s'ouvrit dans le rectum. Cette malade, qui eut le bonheur d'échapper au danger qu'elle venait de courir, entra dans le service de *M. Gendrin,* et revint plus tard dans celui de *M. Nonat,* où il fut constaté que la rétroversion persistait toujours.

Le troisième cas est relatif à une malade qui, ayant une antéversion et un engorgement péri-utérin, fut soumise à l'emploi du redresseur par *M. Valleix,* sans qu'en définitive la déviation ait été modifiée, ainsi qu'a pu s'en assurer *M. Nonat,* qui, quelque temps après, a eu cette femme dans son service.

Dans le quatrième cas, une *antéversion,* compliquée d'engorgement péri-utérin, est traitée par le redresseur dans le service de *M. Valleix.* Elle y reste sept mois ; à chaque introduction les douleurs ont été si vives, que a malade ne veut plus continuer et qu'elle passe dans la division de *M. Nonat.* On constate une antéversion des plus marquées, et, de plus, une inflammation péri-utérine. Sans s'occuper du déplacement, on traita cette dernière, et, après sept mois, la malade guérie a pu quitter l'hôpital.

Cinquième cas. — Une femme, qui avait une rétroversion, fut traitée avec le redresseur par notre confrère *M. Barthez.* Après plusieurs mois, les souffrances étant plus grandes, elle renonça à ce mode de traitement et se fit admet re chez *M. Nonat,* qui la guérit en combattant exclusivement l'état inflammatoire.

Sixième cas. — Les choses se sont à peu près passées comme dans le précédent.

Chez les six malades qui ont été soumises à mon observation, ajoute *M. Nonat,* le redresseur a toujours exaspéré les douleurs du bas-ventre et n'a pu être supporté longtemps ; dans deux cas, il produit des accidents graves : métrite aiguë, abcès pelviens ; quant à la déviation, elle n'a été modifiée dans aucun des six cas.

Parmi les faits qu'il me reste encore à vous faire connaître et qui se rapportent tous à de malheureuses femmes qui ont été victimes du traitement mécanique, il en est un que vous avez

renvoyé à l'examen de votre commission, c'est celui de M. le docteur *Broca*. Comme l'interprétation qui en a été donnée par l'auteur a été contestée par *M. Valleix*, il importe que vous soyez mis en mesure de décider par vous-mêmes lequel de ces deux honorables confrères a raison.

Voici le résumé de cette observation, qui vous a été lue dans la séance du 31 janvier 1854 :

« Une femme de 39 ans, qui avait eu trois enfants, et qui était accouchée, pour la dernière fois, il y avait dix ans, fut admise à l'hôpital de Lourcine, le 4 octobre 1853. Quoique maigre et flétrie, sa santé générale était assez bonne, et elle affirmait n'avoir jamais eu de maladie grave.

« Elle fait remonter à une année les premières atteintes du mal qui l'ont conduite à l'hôpital. Les règles se supprimèrent à cette époque et n'ont jamais reparu depuis. En même temps apparurent des douleurs vives s'irradiant dans la région supérieure des cuisses, des troubles de la digestion, de la constipation habituelle, que les purgatifs eux-mêmes avaient de la peine à vaincre, et des besoins d'uriner beaucoup plus fréquents que d'habitude. Elle affirme avoir beaucoup maigri depuis cette époque, et se dit très-souffrante.

« Examiné par le vagin, l'utérus fut trouvé en antéversion très-prononcée. Le spéculum embrassa difficilement le col qui était gros, granuleux ; son orifice laissait écouler une quantité assez notable de matière glaireuse et purulente.

« Le 7 octobre, la *sonde utérine* fut introduite pour la première fois, et elle pénétra jusqu'à une profondeur de 6 centimètres 1/4. La matrice fut ensuite facilement ramenée à sa direction normale, et maintenue telle pendant cinq minutes : la malade n'accusa aucune douleur.

« Le lendemain 8, on répéta la même manœuvre. Il en fut de même le 10, et la malade assura qu'elle se sentait notablement améliorée.

« Le 11, l'introduction de l'instrument provoque une légère douleur. Pendant le mouvement destiné à produire le redressement, la malade se plaint de souffrir dans le ventre, et surtout à l'hypogastre : on ne laisse séjourner la sonde que pendant deux à trois minutes.

« Le 12, les douleurs ont persisté, surtout à l'hypogastre ; il n'y a pas de fièvre. Le soir, les douleurs ont pris une grande intensité ; il y a de la fièvre et quelques nausées. On applique 30 sangsues sur le bas-ventre.

« Le 13, l'état s'est encore aggravé ; la nuit a été sans sommeil. Nausées, vomissements de matières bilieuses, constipation ; pouls à 100 pulsations. — 30 sangsues, 1 bain, cataplasmes ; diète absolue.

« Dans la journée, un léger suintement sanguin a lieu par la vulve et ne dure que quelques heures.

« Le 15, amélioration notable ; plus de fièvre. La pression provoque encore, cependant, un peu de douleur au niveau de l'ovaire droit ; aucune tumeur appréciable. Vomissement, chaque fois qu'une gorgée de tisane est avalée. — Cataplasme ; boisson glacée, etc.

« Le 17, les symptômes inflammatoires ont disparu ; la pression même assez forte ne provoque aucune douleur. Cependant, des douleurs intermittentes, revenant plusieurs fois par heure, semblent partir de l'utérus et s'irradient dans tout le ventre ; des vomissements fréquents persistent. Le toucher permet de constater que l'utérus est toujours en antéversion et supporte la pression du doigt sans douleur. Ces crises deviennent plus fréquentes les jours suivants : les vomissements deviennent incessants, le pouls devient petit, le ventre se ballonne, et la malade succombe le 23, après une longue et douloureuse agonie.

« *Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.* — Le crâne n'est pas ouvert ; les organes thoraciques ne présentent rien qui mérite d'être signalé.

« L'extrémité droite du colon transverse est unie à la paroi abdominale antérieure par des adhérences larges, épaisses, résistantes, indices évidents d'une péritonite ancienne ; quelques autres adhérences, moins épaisses, mais aussi anciennes, existent au niveau de la partie adjacente du grand épiploon.

« L'estomac, le duodénum et le jéjunum sont très-distendus, jusqu'à environ 60 centimètres de la valvule iléo-cœcale. A ce niveau, l'intestin adhère à l'utérus et se rétrécit rapidement ; au-dessus, il a 16 centimètres de circonférence ; au-dessous, il est réduit au volume du doigt indicateur. Tout le gros intestin, jusqu'au colon descendant, est fortement revenu sur lui-même et vide ; à partir de ce point, le calibre, quoique diminué, ne l'est pas au même degré.

« Les parois de la portion de l'intestin situé au-dessous de l'adhérence sont décolorées, mais saines d'ailleurs ; au-dessus, au contraire, et jusqu'au duodénum qui est sain, il y a les traces évidentes de la congestion et même de l'inflammation. L'épaisseur est double à la partie inférieure ; là aussi, à partir de l'adhérence, dans l'étendue de 30 centimètres, existe une couleur violacée, uniforme, qui diminue à mesure qu'on s'élève, et qui disparaît après avoir passé par des degrés divers.

« La cavité du péritoine ne renferme aucun liquide ; il n'y a aucune fausse membrane récente, et, à part les adhérences anciennes dont il a été question, on peut dire que le péritoine est sain.

« La vessie est saine ; il en est de même du vagin. L'utérus est en anté-

version à peu près complète ; à l'entour de son orifice existent de nombreux follicules gros comme des têtes d'épingles. La cavité du col est parfaitement saine ; il en est de même de celle du corps, excepté vers le fond et à droite, où on aperçoit une coloration violacée ; à ce niveau, la muqueuse est lisse et ne présente ni déchirure ni ramollissement.

« A gauche, le ligament rond, l'ovaire et la trompe, sont sains ; mais, à droite, l'ovaire et la trompe sont profondément altérés.

« La trompe droite est tellement développée, qu'au premier abord on pourrait la prendre pour une anse intestinale de petit volume ; elle suit une direction particulière et décrit une courbe en fer à cheval ; par sa face concave, et par sa face inférieure, elle adhère au péritoine utérin, et, au niveau de sa terminaison, elle adhère à la fois au rectum et à l'utérus. Toutes ces adhérences sont courtes, résistantes, et paraissent remonter à une époque déjà éloignée ; quant à l'ovaire droit, il est impossible d'en retrouver les traces.

« La cavité de cette trompe renferme une quantité assez considérable de pus couleur chocolat. Elle est close de toute part et ne communique ni avec l'utérus ni avec le péritoine. Ses parois sont épaisses et résistantes, 1 millimètre et 1/2.

« Au niveau de l'angle de l'utérus, et près de l'insertion de la trompe droite, existe une petite collection purulente très-rapprochée de la surface péritonéale. Le pus est blanchâtre, épais.

« Indépendamment des adhérences anciennes, dont nous avons déjà parlé, on en trouve d'autres formées par un suc gélatineux grisâtre, demi-transparent, non encore organisé. En d'autres termes, il y a les preuves évidentes de deux péritonites, l'une déjà ancienne et l'autre d'origine toute récente. »

D'après *M. Broca*, le rôle de ces deux lésions aurait été parfaitement tranché et serait bien expliqué par les détails de l'autopsie. Par suite des adhérences anciennes, le calibre de l'intestin avait été rétréci en deux points ; de là, des coliques fréquentes et une constipation ancienne, cependant les matières fécales les traversaient encore.

La nouvelle péritonite, en fixant l'anse intestinale qui se trouvait comprise entre les deux adhérences anciennes et qui était restée libre jusqu'à l'apparition des phénomènes nouveaux, a rendu le passage des matières fécales de plus en plus difficile et a fini par le rendre complétement impossible, et c'est ainsi que se serait produit l'étranglement interne.

Notre confrère n'hésite pas à déclarer que le contact de la sonde utérine, plusieurs fois introduite, a d'abord produit une métrite et que l'inflammation, occupant au début les parties voisines de l'angle droit de l'utérus, s'est étendue de là au péritoine et y a produit de nouvelles adhérences qui, aidées par les anciennes, ont fini par produire l'oblitération complète du calibre de l'intestin.

A cela, qu'a répondu *M. Valleix?* Que le cathétérisme n'avait été pour rien dans les accidents éprouvés par la malade. Il admet sans preuves qu'un étranglement interne existait déjà quand on a introduit l'hystéromètre, et, partant de cette donnée erronée, il déclare sans hésitation que la mort de la femme serait tout aussi bien survenue quand même on n'aurait pas eu la fatale pensée de lui redresser l'utérus. J'ai d'abord eu beaucoup de peine à comprendre comment il avait pu s'arrêter à une semblable supposition; mais je n'ai pas tardé à me l'expliquer. Elle n'a pu lui venir à l'esprit que parce qu'il a puisé, dans une relation inexacte et incomplète de l'observation de *M. Broca,* les renseignements dont il s'est servi. Il me suffira, je n'en doute pas, d'avoir rétabli les faits dans toute leur vérité, pour modifier sa première impression; s'il en était autrement, je suis sûr qu'il resterait seul de son opinion.

N'oublions pas, en effet, qu'à l'autopsie on ne trouva pas *seulement,* comme il l'a cru, les traces évidentes d'une péritonite récente et partielle, mais qu'il y avait en même temps, au niveau de l'angle droit de l'utérus, sur la muqueuse, une *coloration violacée;* qu'au-dessous, dans l'épaisseur même du *tissu utérin,* on constata *une petite collection purulente très-rapprochée de la surface péritonéale,* et que, de plus, *la trompe du même côté renfermait une quantité assez considérable de pus.* Votre rapporteur a pu constater lui-même, sur la pièce anatomique, l'exactitude de ces détails importants, et il lui est impossible de ne pas se rattacher à l'opinion, réservée d'ailleurs, de *M. Broca.*

Quant à l'observation de *M. Cruveilhier,* lue en séance le 7 février 1854, et que vous avez également renvoyée à votre commission comme document à consulter, elle est trop instructive pour que je ne vous en rappelle pas les points principaux.

Nous verrons après si la fin de non-recevoir opposée par *M. Valleix,* est plus fondée que pour le cas qui précède.

« Une jeune femme de 24 ans, mariée depuis cinq ans et stérile, ce dont elle éprouvait un chagrin profond, se fit examiner par le médecin de sa famille, qui reconnut seulement une antéversion légère de l'utérus et qui lui conseilla de ne rien faire. Cependant, ne s'en tenant pas à ce premier avis, elle consulta un jeune confrère, qui reconnut aussi le déplacement, mais qui lui attribua la stérilité et qui conseilla, pour la faire cesser, l'usage de la sonde utérine. Les premières introductions faites par lui ayant occasionné des douleurs extrêmement vives qui retentissaient dans tout l'abdomen, il fut décidé qu'on viendrait à Paris se mettre entre les mains d'un praticien plus habitué à ce genre d'opération. Elle y vint en effet, et réclama les soins de *M. Valleix,* qui constata la déviation qu'il considéra comme la cause de la stérilité, et proposa le redressement.

« L'introduction de l'instrument fut beaucoup moins douloureuse que les premières fois ; cependant, la sonde utérine ne put être conservée au delà de plusieurs heures ; il survint presque immédiatement du malaise épigastrique, des nausées, du ballonnement du ventre et des angoisses qui l'obligèrent à retirer l'instrument. Dès ce moment, la santé générale, qui jusqu'alors avait été bonne, s'altéra, les forces et l'appétit se perdirent complétement, les nuits se passèrent sans sommeil, un malaise général, se manifesta. Le traitement fut suspendu pendant plusieurs jours et repris après. L'introduction de l'instrument était par elle-même peu douloureuse, mais après quelques instants de séjour, tous les accidents précédemment notés reparaissaient, et il devenait indispensable de le retirer après quelques heures. Enfin, après cinq introductions, toujours suivies des mêmes résultats, la mère de la jeune femme, voyant sa fille dépérir de jour en jour, se décida, malgré les instances réitérées du médecin, à abandonner le traitement et à ramener sa fille chez elle. Son séjour à Paris avait été d'un mois.

« Le médecin de la famille appelé constata les symptômes locaux et généraux d'une métro-péritonite. Ballonnement du ventre, douleur hypogastrique très-vive, utérus très-douloureux au toucher, augmenté de volume, du reste, en antéversion comme avant les tentatives de redressement. Le moindre mouvement pour le soulever arrachait des cris à la malade. Altération profonde des traits, angoisse épigastrique, nausées et vomissements verdâtres, prostration extrême, fréquence très-grande et petitesse du pouls. Plusieurs applications de sangsues, des cataplasmes, etc., parurent améliorer l'état de l'abdomen. Mais l'état général ne fit que s'aggraver et lorsque *M. Cruveilhier* fut appelé, c'est-à-dire cinq semaines après le retour de la malade dans sa famille, il constata que le marasme était porté à son

dernier degré. Le pouls, filiforme, battait 120 fois par minute. La sensibilité du ventre avait presque entièrement disparu. L'antéversion persistait toujours. L'utérus, sensible au plus léger contact, ne paraissait pas augmenté de volume. Le toucher rectal ne fut pas pratiqué. La poitrine fut explorée, mais on ne trouva que quelques râles muqueux au sommet du poumon droit, mais d'ailleurs aucune signe de tubercules. Sept jours après, notre collègue fut demandé une seconde fois, mais la malade était à l'agonie. Elle mourut, en effet, pendant la nuit. L'autopsie n'a pas été faite. »

Quels sont les arguments invoqués par *M. Valleix* pour prouver que la mort ne peut être rapportée au traitement qu'il avait institué? Il a tout expliqué par l'inexactitude des renseignements qui auraient été fournis à notre collègue. C'est ainsi que, d'après lui, la santé de cette jeune femme était déplorable avant le début du traitement, et après nous avoir dit que la moindre promenade était impossible, il reconnaît cependant qu'elle est allée au bal la veille de son départ pour Paris. Quant à la question de la stérilité qui lui aurait été posée, il déclare en effet avoir annoncé que la déviation était un obstacle puissant, mais il se défend d'avoir entrepris le traitement dans le but de remédier seulement à cet état. Il reconnaît aussi que le redresseur a produit souvent des douleurs, et que l'instrument a dû être enlevé plusieurs fois pour ce motif. Quant au dépérissement et aux autres symptômes mentionnés par *M. Cruveilhier*, il les reconnaît, seulement, au lieu de les rapporter à l'usage de la sonde et du pessaire, il dit qu'ils n'étaient autres que ceux que la maladie utérine avait occasionnés depuis longtemps. Il s'appuie surtout sur ce que la malade, depuis la cessation du traitement, aurait pu rester encore à Paris quatorze ou quinze jours, sortant tous les jours, parcourant les magasins et même les Champs-Elysées. Enfin, s'emparant de la phrase de l'observation de *M. Cruveilhier*, où il est dit que la poitrine fut explorée, et qu'on ne trouva que quelques bulles de râle muqueux dans le sommet du poumon droit, *mais d'ailleurs aucun signe de tubercule*, il en conclut qu'il ne serait pas impossible que cette femme portât depuis longtemps des tubercules et qu'elle eût tout naturellement succombé à une péritonite de même nature.

En présence de deux interprétations si différentes, que restait-

il à faire à votre commission ? Chercher à savoir qui s'était trompé, car il est évident qu'avec deux hommes aussi honorables, il ne peut être question que d'une erreur. Il résulte, pour nous, de nombreux documents que nous avons entre les mains, que c'est *M. Valleix* qui a été mal renseigné sur la plupart des points véritablement importants. Mais l'Académie comprendra que je me contente de cette simple affirmation ; il ne serait digne ni d'elle, ni de nos deux savants confrères, que j'entrasse dans des détails qui pourraient être mal interprétés et perdre le caractère uniquement scientifique que j'ai voulu donner à ce travail.

Je considère donc le fait de *M. Cruveilhier* comme un nouvel exemple d'accidents mortels provoqués par le traitement mécanique, avec cette particularité, qu'au lieu de prendre, dès le début, une forme aiguë et rapidement fatale, ils ont suivi une marche lente et chronique qui n'a pas eu pour cela une issue moins funeste.

Mais, malheureusement, les observations de *MM. Cruveilhier* et *Broca* ne sont pas les seules que nous possédions, et je vais maintenant en rapporter quelques autres qui, jointes à celles consignées déjà dans ce rapport, doivent ouvrir les yeux des plus incrédules.

Je vais commencer par deux, qui sont prises dans la pratique de *M. Valleix* lui-même. Comme le dénoûment fatal ne s'est pas accompli sous ses yeux, on comprendra qu'elles aient pu ne pas arriver jusqu'à lui, et il est bien entendu, pour la dernière fois, que personne n'est plus convaincu que moi de sa bonne foi.

Observation de métro-péritonite mortelle chez une femme traitée par M. Valleix, *au moyen du redresseur intra-utérin.* — Voici les détails qui m'ont été communiqués par M. le docteur *Dicharry,* qui avait fait connaître ce fait à la Société médicale du 3e arrondissement, en avril 1852 :

« La femme D. P...., demeurant quai Jemmapes, 136, âgée de 35 ans, que je connaissais depuis plusieurs années et que je voyais toutes les semaines, était tourmentée par une foule de ces petits accidents qui tiennent à l'hystérie ; elle n'avait cependant pas d'attaques proprement dites. Depuis longtemps, j'avais constaté une déviation utérine (*une rétroversion*) qui me paraissait la source de tous ces phénomènes nerveux.

« Mécontente de ce que je ne lui prescrivais pas un traitement pour cette maladie, elle s'adressa à un de nos confrères, qui pratiqua plusieurs cautérisations sur le col de la matrice, et qui prescrivit de nombreux mé-

dicaments. Au bout du compte, il la laissa beaucoup plus malade qu'avant. Cette pauvre femme se figurait qu'une grossesse la sauverait, et pour avoir un enfant, elle se serait soumise à toutes sortes de supplices. Elle entendit dire que *M. Valleix* redressait les matrices et mettait les femmes à même de concevoir. Dans cet espoir, elle entra à la Pitié : le 19 ou 20 mars, on lui appliqua le redresseur, et malgré les douleurs horribles qu'elle éprouvait, elle le garda trente-six heures ; mais le 21, n'y pouvant plus tenir, elle voulut sortir d'autorité, disant qu'elle mourrait à l'hôpital si elle y restait plus longtemps.

« Elle se fit donc transporter chez elle, et me fit demander. Je la trouvai agonisante, mais ayant pourtant assez de forces pour me raconter les manœuvres qu'on avait pratiquées sur elle. Elle *offrait tous les symptômes d'une métro-péritonite des mieux caractérisées*. Je ne me rappelle pas au juste quelle fut ma prescription, je sais seulement qu'elle me dit que tout était inutile, qu'elle ne passerait pas la journée. Le 21, de bonne heure, je me rendis chez elle, mais elle avait succombé. »

Observation de péritonite mortelle, recueillie chez une femme traitée par le redresseur interne, dans le service de M. Valleix.— La nommée J. T...., âgée de 23 ans, couturière, entre à la Pitié le 6 février 1852, dans le service de M. Valleix. On la trouve atteinte de rétroversion, et on la traite par le redresseur intra-utérin, qui est introduit à différentes reprises. Au commencement de mars, des douleurs vives surviennent dans le ventre ; on s'empresse de retirer l'instrument, mais bientôt tous les symptômes d'une péritonite intense éclatent et marchent rapidement, malgré un traitement énergique. La malade, ne voulant pas mourir à l'hôpital, se fit transporter par ses parents, le 8 de ce mois, dans un hôtel de la rue Copeau, n° 8, où elle succomba le lendemain matin. »

Je tiens de *M. Maisonneuve*, qui m'a autorisé à le dire, que dans les essais qu'il a faits avec le pessaire intra-utérin, dont il croit, d'ailleurs, avoir obtenu quelques bons résultats, il lui est arrivé une fois de voir des accidents de métro-péritonite se déclarer et se terminer par la mort.

Fait de M. Nélaton, *extrait du rapport de* M. Debout *à la Société de chirurgie* (*Gazette des Hôpitaux*, 16 mars 1854). — « Dame de 28 ans environ, affectée de rétroversion de l'utérus : de nombreux moyens avaient été inutilement employés. M. Nélaton se décida à recourir au redresseur utérin. L'introduction de l'instrument fut des plus faciles ; sa tige, ainsi que *M. Valleix* la conseillo, était plus courte de 2 centimètres que la longueur de la cavité utérine : cette application eut lieu à 3 heures 1/2.

M. Nélaton revit la malade dans la soirée : elle avait gardé le repos au lit et se trouvait bien. Le lendemain, à onze heures, il trouva la malade levée ; elle était dans le ravissement, disant qu'elle ne s'était jamais sentie aussi bien soutenue et autant à son aise : elle avait marché toute la matinée dans son appartement.

« Le savant professeur avait à peine quitté cette dame depuis une heure, qu'il était rappelé en toute hâte : des accidents formidables venaient de se produire. A son arrivée, il constate tous les symptômes d'une péritonite aiguë, semblable à celle qui survient à la suite des perforations intestinales. Malgré un traitement énergique, la malade succomba six semaines après aux suites d'une péritonite chronique. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

Observation de M. Aran, *extraite du rapport de* M. Debout *à la Société de chirurgie* (*Gazette des Hôpitaux*, 16 mars 1854). — « La femme Mondet, domestique, âgée de 27 ans, entre, le 6 décembre 1852, salle du Rosaire, n° 23. Elle était affectée d'un déplacement en arrière du corps de l'utérus, survenu très-probablement à la suite d'une chute sur le siége. Depuis cette époque, elle éprouva des tiraillements et des élancements dans le bas-ventre, qui allaient toujours en augmentant. Traitée sans succès, par divers moyens, on croit reconnaître une antéflexion avec direction toute particulière du col de l'utérus en avant, par suite d'une disposition congénitale. La sonde fut introduite plusieurs fois sans accident ; elle pénétrait librement et semblait suivre sa direction normale. Le 8 décembre, le redresseur utérin est appliqué pour la première fois. Une seconde application a lieu le 10, la malade n'ayant pu le garder que vingt-quatre heures : cette fois, sa présence est tolérée huit jours ; mais il était déplacé au moment où on le retira. Nouvelle et dernière application le 29 : une douleur assez vive se manifeste ; néanmoins, comme le ventre est peu douloureux à la pression, la malade garde l'instrument jusqu'au 3 janvier. Ce jour-là, vers trois heures de l'après-midi, des symptômes très-tranchés de métro-péritonite forcent l'interne à retirer le redresseur. Malgré un traitement très-énergique, les symptômes augmentent, et la femme succombe le 6 janvier, dans la soirée.

« L'autopsie montre, contre toute attente, les pièces étant en place, le corps de l'utérus en *rétroflexion*, tandis que le col est dirigé en haut et en avant. On constate les caractères anatomiques de la péritonite ; du pus remplit la cavité de l'utérus et pénètre dans les trompes qui en sont pleines ; pas d'inflammation du tissu utérin, et surtout pas de suppuration La tige intra-utérine dépassait de 3 à 4 centimètres l'orifice utérin proprement dit, et, au niveau de son extrémité, on la voyait s'engager dans

une ulcération oblique qui s'accompagnait du décollement de la membrane interne, mais sans suppuration. »

A mon avis, de pareils faits n'ont pas besoin de commentaires.

Messieurs, je touche enfin au terme du long travail dont vous avez bien voulu entendre la lecture, et il ne me reste plus qu'à vous soumettre les conclusions qui en découlent naturellement, et qui sont d'ailleurs l'expression de l'opinion de la commission tout entière :

1° On a considérablement exagéré l'influence des déviations utérines sur la santé des femmes ;

2° Dans beaucoup de cas, les accidents qu'on fait remonter jusqu'à elles sont produits par un autre état pathologique de l'utérus ;

3° Dans l'état normal, l'utérus, quoique doué d'une mobilité très-grande, est obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière ;

4° Chez un très-grand nombre de femmes, il peut être incliné, fléchi, abaissé, repoussé vers l'une ou l'autre paroi du bassin, sans que la santé en soit troublée en aucune façon, la déviation ne constituant alors qu'une simple difformité sans importance ;

5° Lorsqu'il existe simultanément une déviation et une phlegmasie chronique, ou un état névralgique de l'utérus, il suffit, dans l'immense majorité des cas, de traiter et de guérir ces dernières affections pour voir la première disparaître, ou, si elle persiste, pour constater qu'elle n'exerce sur la santé aucune influence fâcheuse ;

6° Il existe cependant quelques déviations, mais elles sont très-peu fréquentes, qui paraissent entraîner avec elles des incommodités assez nombreuses et des accidents assez sérieux pour qu'il faille leur opposer un traitement direct ;

7° La science n'est pas désarmée devant ces cas exceptionnels, et elle peut agir souvent avec efficacité et à peu près constamment sans danger, soit par l'abdomen, soit par le vagin, soit par le rectum ;

8° Les faits qui ont été produits pour démontrer l'efficacité du traitement par les redresseurs intra-utérins, ont été mal interprétés ;

9° En affirmant que l'utérus, momentanément redressé, avait, dans l'immense majorité des cas, conservé définitivement la position nouvelle qu'on lui avait donnée, on s'est trompé, ainsi que peuvent l'observer chaque jour les médecins qui sont appelés à examiner des femmes qui ont été soumises à ce traitement, et chez lesquelles ils constatent la persistance de la déviation ;

10° En attribuant les guérisons ou les améliorations observées aux pessaires intra-utérins, on a oublié que concurremment on avait employé un grand nombre d'autres moyens dont l'action bien connue explique les résultats obtenus ;

11° Les observations communiquées à l'Académie, par *MM. Broca* et *Cruveilhier,* ne sont que des exemples trop évidents de l'influence funeste que la nouvelle méthode peut exercer ;

12° Ces faits d'ailleurs sont loin d'être les seuls. En France, comme en Angleterre, les cas de mort qu'on doit rapporter à l'emploi des pessaires intra-utérins, sont déjà beaucoup trop nombreux pour ne pas éclairer les plus confiants ;

13° Indépendamment des femmes qui ont payé de leur vie ces tentatives, on est effrayé quand on songe aux accidents sans nombre qui ont été éprouvés par celles qui ont échappé au danger (douleurs plus ou moins vives, quelquefois atroces ; hémorrhagies légères ou graves ; anémie ; troubles nerveux variés ; frissons ; fièvre ; syncopes ; péritonites ; abcès pelviens ; métro-péritonites, etc.), sans compter que, chez plusieurs, il a fallu renoncer au traitement ;

14° Tout en reconnaissant à l'hystéromètre de grands avantages pour le diagnostic de certaines affections, il ne faut pas oublier qu'il est inutile dans un grand nombre de circonstances, et comme son usage peut avoir des conséquences fâcheuses, il faut le réserver pour les cas exceptionnels qui le réclament ;

15° Quant aux divers pessaires ou redresseurs intra-utérins, nous pensons qu'il faut les proscrire, parce qu'ils sont inutiles, impuissants à produire les effets qu'on en attend, et qu'ils font courir aux malades les dangers les plus sérieux.